

ANNEE 1966

**THÈSE**

**950**

POUR LE

**DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

**JACQUES GALAIS**

né le 30 Septembre 1935 à Neuilly (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le :

1966

**INTÉRÊT DE L'ALCOOLEMIE EN PRATIQUE**

**PSYCHIATRIQUE FEMININE**

**ETUDE STATISTIQUE ET CLINIQUE DE 1017 OBSERVATIONS**

*Président : M. Léon MICHAUX, Professeur*







Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41549020\\_0005](https://archive.org/details/IA41549020_0005)

ANNEE 1966

# THÈSE

N°

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

**JACQUES GALAIS**

né le 30 Septembre 1935 à Neuilly (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le : .....

**INTÉRÊT DE L'ALCOOLEMIE EN PRATIQUE**

**PSYCHIATRIQUE FEMININE**

**ETUDE STATISTIQUE ET CLINIQUE DE 1017 OBSERVATIONS**

*Président : M. Léon MICHAUX, Professeur*

THÈSE

ANÉE 1906

PAR

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme 575-11)

PAR

JACQUES GALLIAT

né le 20 septembre 1872 à Neuilly (Seine)



Exemplaire de la bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris

INTERET DE L'ACROUSCHISME EN PÉRIODE

PSYCHIATRIQUE FÉMININE

ETUDE STATISTIQUE ET CLINIQUE DE 1017 OBSERVATIONS

Président: M. J. B. BICHSEL, Professeur

1/1/1966

-I-

PROFESSEURS HONORAIRES :

=====

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN ..... Georges BROUET

1<sup>er</sup> ASSESSEUR ..... { Daniel BARGETON

2<sup>e</sup> ASSESSEUR ..... { Jean GOSSET

I. - PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie  
Anatomie et cytologie pathologiques  
Anesthésiologie  
Bactériologie et virologie  
Biochimie médicale

DELMAS (A.)  
DELARUE (J.)

-  
Biologie appliquée à l'Education physique  
et aux sports  
Biologie médicale  
Biophysique médicale

TOURNIER (P.)  
JAYLE (M.-F.)  
POLONOVSKI (J.)

-  
Cancérologie médicale et sociale  
Chimie pathologique  
Embryologie  
Génétique fondamentale  
Histoire de la médecine et de la chirurgie  
Histologie  
Hygiène et médecine préventive  
Médecine du travail  
Médecine légale  
Microbiologie (Bactériologie et virologie)  
Parasitologie  
Pathologie chirurgicale

MALMEJAC (J.)  
FAUVERT (R.)  
BUGNARD (L.)  
DOGNON (A.)  
DJOURNO (A.)  
DENOIX (P.)  
SCHAPIRA (G.)  
TUCHMANN (H.)  
LEJEUNE (J.)  
COURY (Ch.)  
GIROUD (A.)  
BOYER (J.)  
DESOILLE (H.)  
DEROBERT (L.)  
FASQUELLE (R.)  
BRUMPT (L.-C.)  
LAURENCE (G.)  
KUSS (R.)  
VERNE (J.-M.)  
N...  
MERKLEN (F.-P)

-  
Pathologie exotique  
Pathologie expérimentale et comparée



Pathologie médicale

-

Pathologie respiratoire

Pathologie et thérapeutique générales

Pharmacologie

-

Physiologie

-

Physiologie et pathologie obstétricales

Radiologie médicale

Technique chirurgicale et

Chirurgie expérimentale

Thérapeutique

Thérapeutique appliquée

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie

Anatomie anthropologique

Anatomie pathologique

Bactériologie

Biochimie médicale

-

Biologie médicale

Histologie

Parasitologie

Pathologie expérimentale

-

Physiologie

Physique médicale

Radiologie médicale

MM.

LAROCHE (Cl.)

BRICAIRE (H.)

PEQUIGNOT (H.)

TURIAF (J.)

N...

CHEYMOL (J.)

LEVY (Mlle J.)

BARGETON (D.)

PARROT (J.)

LEPAGE (F.)

DESGREZ (H.)

CAUCHOIX (J.)

CONTE (M.)

LAMOTTE (M.)

CABROL (Ch.)

OLIVIER (G.)

NEZELOF (Ch.)

BARBIER (P.)

(DESGREZ (P.)

(DREYFUS (J.-Cl.)

BOURLIERE (F.)

COUJARD (R.)

LARIVIERE (M.)

(LOEPER (J.)

(RICHET (G.)

(DEJOURS (P.)

(SCHERRER (J.)

(KELLERSHOHN (L.)

(GOUGEROT (L.)

(ROUCAYROL

(TUBIANA (M.)

FISCHGOLD (H.)

## 2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale  
(Necker)

REDON (H.)

Clinique cardiologique (Broussais)

SOULIE (P.)

Clinique cardiologique (Boucicaut)

LENEGRE (J.)

(Beaujon

LORTAT-JACOB (J.-L.)

-

BAUMANN (J.)

(Cochin

LEGER (L.)

Cliniques chirurgicales

(Hôtel-Dieu

PATEL (J.)

(Saint-Antoine

GOSSET (J.)

(Salpêtrière

SICARD (A.)

(Tenon

OLIVIER (Cl.)



|                                                                                       |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)                        | MERLE d'AUBIGNE (R.) |
| (Foch)                                                                                | PADOVANI (P.)        |
| Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)                     | FEVRE (M.)           |
| Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)                                   | DUBOST (Ch.)         |
| Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)                                     | MATHEY (J.)          |
| Clinique dermatologique (Saint-Louis)                                                 | DUPERRAT (P.)        |
| Clinique endocrinologique (Pitié)                                                     | DECOURT (J.)         |
| Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)                                      | LAMY (M.)            |
| Clinique gynécologique (Broca)                                                        | HUGUIER (J.)         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)                         | DEGOS (R.)           |
| Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)                                   | TURPIN (R.)          |
| Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)                                   | MOLLARET (P.)        |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)                        | DELAY (J.)           |
| Clinique des maladies métaboliques (Neker)                                            | HAMBURGER (J.)       |
| Clinique des maladies du sang (Broussais)                                             | BERNARD (J.)         |
| Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)                                | CASTAIGNE (P.)       |
| ( Bicêtre                                                                             | DEPARIS (M.)         |
| ( Broussais                                                                           | MILLIEZ (P.)         |
| ( Cochin                                                                              | BROUET (G.)          |
| ( Hôtel-Dieu                                                                          | BARIETY (M.)         |
| ( Lariboisière                                                                        | SEZE (S. de)         |
| ( Pitié                                                                               | DREYFUS (G.)         |
| ( Saint-Antoine                                                                       | KOURILSKY (R.)       |
| ( Saint-Antoine                                                                       | BOUDIN (G.)          |
| Cliniques médicales                                                                   | DEBRAY (Ch.)         |
| Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)                                     | MARIE (J.)           |
| Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)                    | JUSTIN-BESANCON (L.) |
| Clinique médicale propédeutique (Broussais)                                           | DEROT (M.)           |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) | DAVID (M.)           |
| Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)                                                   | GARCIN (R.)          |
| Clinique neurologique (Salpêtrière)                                                   | LACOMME (M.)         |
| ( Baudelocque                                                                         | MERGER (R.)          |
| Cliniques obstétricales ( Saint-Antoine                                               | VARANGOT (J.)        |
| Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)                                   | OFFRET (G.)          |
| Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)                                                 | BREGEAT (P.)         |
| ( Cochin)                                                                             | AUBRY (M.)           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)                                      | MOZZICONACCI (P.)    |
| Clinique de pédiatrie                                                                 | THIEFFRY (S.)        |
| Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)                      | BERNARD (E.)         |
| Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)                                            | MICHAUX (L.)         |
| Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)                                 | COITE (F.)           |
| Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)                                 | DECHAUME (M.)        |
| Clinique stomatologique (Salpêtrière)                                                 | ROUX (M.)            |
| Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)                                       | LEMAIRE (A.)         |
| Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)                                       | GAULTIER (M.)        |
| Clinique toxicologique                                                                | JUDET (R.)           |
| Clinique traumatologique et orthopédique (R. Poincaré)                                | ABOULKER (P.)        |
| Clinique urologique (Cochin)                                                          | COUVELAIRE (R.)      |
| ( Necker)                                                                             |                      |



M.M.

Hygiène et clinique de la première enfance  
(Trousseau)

Séméiologie médicale (A. Charlin)  
- - (Lariboisière)  
- - (Pitié)  
- - (Rothschild)

Séméiologie et clinique chirurgicales  
(Broussais)

LAPLANE (R.)  
DOMART (A.)  
BOUVRAIN (Y.)  
RAMBERT (P.)  
WOLFROMM (R.)

POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie

ANDRE (R.)  
BOUSSER (J.)

Hydrologie et climatologie  
Maladies infectieuses

GIBERTON (A.)  
BASTIN (R.)

Médecine

( AZERAD (E.)  
( BOUR (H.)  
( GROSSIORD (A.)  
( LAMBLING (A.)  
( LAUNAY (Cl.)  
( PAYET (M.)  
( PERRAULT (M.)  
( SIGUIER (F.)  
( WORMS (R.)

Neuro-chirurgie

LE BEAU (J.)  
LHERMITTE (F.)  
PICHOT (P.)  
MADURO (R.)

Neurologie

Neuro-psychiatrie

Oto-Rhino-Laryngologie

Pédiatrie

( POLONOVSKI (Cl.)  
( ROYER (P.)

Pneumo-Phtisiologie

( KREIS (B.)  
( MEYER

Rhumatologie

DELBARRE (F.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie pathologique  
Anesthésiologie  
Bactériologie

GOUYGOU (Ch.)  
VOURC'H (G.)  
CHRISTOL (D.)

Biochimie médicale

( CARTIER (P.)  
( GONNARD (P.)

Biologie médicale

HARTMANN (L.)

Hématologie

BILSKI-PASQUIER (G.)

Maladies infectieuses

DUPONT (V.)

Physique médicale

( COURSAGET (J.)  
( GREMY (F.)



Physiologie  
Stomatologie  
Thérapeutique

MM.

GIRARD (Fr.)  
CHAPUT (Mme A.)  
CHASSAGNE (P.)

III. - PROFESSEURS DETACHES  
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

---

Bactériologie  
Pathologie chirurgicale

HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.  
RUDLER (J.) Pr.s.ch.

IV. - PROFESSEURS ASSOCIE

Statistique médicale et épidémiologique

SCHWARTZ (D.)

---

Secrétaire général de la Faculté

M. LENA (J.)

Conseillers administratifs

( Melle CHAINTREUIL (G)  
( M. FAYE (R.)

Conservateur en chef de la Bibliothèque  
Conservateur du musée d'Histoire de la  
Médecine

M. le Docteur HAHN A.

Conservateurs

Melles  
( DUMAITRE (P.)  
( LAURENT (H.)  
( LE NOIR (G.)

Bibliothécaires

Mmes  
( CONTET (J.)  
( FORGET (F.)  
( Mlles  
( DUROZOY (M.-F.)  
( ROBERGE (D.)  
( Dr SCHILLER (J.)

---



A mon PERE,

A ma MERE,

en témoignage de ma reconnaissance

et de mon affection.

A ma FEMME,

A mon FILS, Philippe.

A tous mes AMIS.



A Monsieur le Professeur Léon MICHAUX

Professeur titulaire de la clinique de  
Neuro-psychiatrie infantile  
à la faculté de Médecine de Paris  
(Hôpital de la Salpêtrière)

qui nous a fait le très grand honneur  
d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommages respectueux.



A Monsieur le Docteur Paul NEVEU,

Ancien-assistant et chef de clinique  
des maladies mentales et de l'encéphale  
de la Faculté de Médecine de Paris,

Ex-chargé des cours de psychiatrie à  
l'institut de Médecine légale,

Médecin légiste de l'Université de Paris,

Médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique  
de Moselle à Lorquin.

\*\*\*\*\*

A Monsieur le Docteur Max AUVRAY

Ancien externe des Hôpitaux de Paris,

Médecin des Hôpitaux psychiatriques.



A nos Maîtres  
de la Faculté de Médecine de Paris

---

A Messieurs les Médecins de l'hôpital d'Auxerre  
Monsieur le Docteur BESLE,  
Médecin à l'hôpital d'Auxerre.

Monsieur le Docteur BILLAUDET,  
Ancien interne des Hôpitaux de Paris,  
Ex-Chef de clinique des Hôpitaux de Paris

Monsieur le Docteur CHEVEREAU,  
Ancien interne des Hôpitaux de Paris,  
Chirurgien-Chef du Centre Hospitalier d'Auxerre.

Monsieur le Docteur ROY,  
Ancien interne des Hôpitaux de Paris,  
Ex-Chef de clinique de la Faculté de Paris,  
Cardiologue.

---



INTERET DE L'ALCOOLEMIE EN PRATIQUE  
PSYCHIATRIQUE FEMININE  
ETUDE STATISTIQUE ET CLINIQUE DE 1017 OBSERVATIONS

-----

I N T R O D U C T I O N

---

La fréquence des cas d'alcoolisme ou de troubles mentaux avec appoint alcoolique parmi les admissions d'un service de femmes à l'hôpital psychiatrique est grande. Une telle affirmation semble "à priori" évidente, encore faut-il qu'elle puisse se fonder sur des données précises et non sur l'impression toujours trompeuse, quand elle n'est pas vérifiée, que confère l'expérience clinique quotidienne.

En plus de l'étude d'un certain nombre de psychoses alcooliques, il peut être intéressant de voir dans qu'elle mesure un "alcoolisme incipiens" ou une alcoolisation passagère sont susceptibles de constituer un facteur favorisant ou déclenchant dans la genèse de troubles mentaux, psychoses aiguës et subaiguës notamment, que la nosologie psychiatrique classique n'a pas coutume de rattacher à l'alcoolisme.

On voit donc le double intérêt d'une étude systématique de l'alcoolémie.

Nous remercions vivement le Docteur Paul Neveu, Médecin Directeur de l'hôpital psychiatrique départemental de Moselle à Lorquin, dont nous avons été l'interne, non titulaire, à la première division femmes depuis deux ans, et qui a bien voulu inspirer le sujet de cette thèse.



Depuis sept ans, il a fait doser l'alcoolémie chez la plupart des entrantes de son service, sans préjuger de l'affection pour laquelle elles étaient hospitalisées. 1017 dosages ont ainsi été pratiqués et nous avons personnellement dépouillé les observations cliniques correspondant aux archives du service.

Les résultats de notre étude seront exposés en deux parties :

- une étude statistique tentant de préciser l'importance de l'alcoolisation des entrantes,

- une étude clinique analytique cherchant à déceler une corrélation entre le taux de l'alcoolémie à l'admission et certains tableaux cliniques.



## CONDITIONS DE TRAVAIL

Le groupe des entrantes étudiées comporte 1017 admissions pour une période s'étendant de 1959 à 1965.

L'âge minimum d'admission à l'hôpital étant de 16 ans, il s'agit généralement de femmes adultes, d'origine citadine et rurale, admises en service fermé, soit pour troubles mentaux, soit pour cure de désintoxication alcoolique.

L'alcoolémie n'a généralement été pratiquée que chez les entrantes venant de leur domicile, ce qui exclue de notre étude :

- Les malades précédemment traitées dans un autre hôpital psychiatrique et secondairement transférées à Lorquin,

- La majeure partie des malades admises à la suite de tentative de suicide par intoxication ou plaies et ayant fait un séjour préalable en chirurgie ou en réanimation,

- Quelques cas de délirium dont le début du traitement a été entrepris dans un centre hospitalier.

Toutefois, si le premier séjour n'a pas excédé quelques heures, et après avoir eu la notion qu'aucune ingestion ou administration d'alcool n'avait eu lieu, nous avons été amenés à faire une alcoolémie chez certaines personnes encore suspectes d'imprégnation.



## METHODES DE TRAVAIL

---

Dans l'étude statistique, la répartition des entrantes en fonction de l'alcoolémie, permet de tracer une courbe et un histogramme, les résultats seront exprimés sous forme de tableaux.

Dans la partie analytique, nous examinerons la courbe d'alcoolisation de différents syndrômes psychiatriques et à propos de certains d'entre-eux, nous rapporterons quelques observations mettant en évidence le rôle aggravant de l'alcool dans l'éclosion ou la récurrence de certains cas de psychoses.

Notons enfin que de nombreuses malades ont fait plusieurs séjours à l'hôpital psychiatrique ;

- Dans l'étude statistique, nous avons tenu compte des entrantes ayant eu une alcoolémie sans préjuger du quantième de leur admissions.

- Dans la partie analytique, nous nous sommes attachés à l'étude clinique de chaque malade au cours de tous les séjours.



## CRITIQUE DE LA METHODE

L'étude statistique ne pose pas de problème :

Même si les alcoolémies n'ont pas été faites avec une régularité absolue et bien qu'il y ait eu des périodes d'interruption, nous disposons d'un nombre de cas assez important pour avoir une idée juste de la répartition, d'autant que ces 1017 alcoolémies ont été faites sans discrimination nosologique.

Les erreurs dues aux variations individuelles se compensent et la courbe générale donne un reflet de la consommation en boissons alcoolisées des personnes admises à l'hôpital psychiatrique.

Par contre, sur le plan individuel, au premier abord, une alcoolémie isolée peut paraître d'un intérêt limité car elle ne reflète que la valeur statique au moment de l'admission d'une variable influencée par un grand nombre de facteurs.

Une objection peut être faite sur le caractère aléatoire et incertain de la signification de l'alcoolémie. Certaines alcooliques se sont abstenues de boire ou ont fait l'objet d'une surveillance de leur entourage avant l'admission ; certains sujets, habituellement sobres peuvent avoir bu inconsidérément à l'occasion du début de leur psychose.

Le laps de temps compris entre la dernière consommation d'alcool et l'admission peut être assez long pour que l'alcool contenu dans l'organisme soit éliminé au moment de l'arrivée à l'hôpital. Nous verrons toutefois qu'interprété et considéré comme un élément parmi d'autres, ce taux court dans le faisceau des examens cliniques et paracliniques



à guider le diagnostic et parfois à porter une appréciation au pronostic.

Enfin, une troisième critique peut être émise sur l'alcoolémie en tant que telle, des causes d'erreurs intervenant dans le dosage biochimique.

#### A - Les difficultés d'interprétation

Elles viennent du fait que l'alcoolémie, élément variable et dynamique est influencé par un grand nombre de facteurs.

Aussitôt ingéré, l'alcool diffuse dans l'organisme et y est brûlé. Schématiquement :

- dans un premier temps de résorption, la quantité d'alcool qui diffuse est plus importante que la quantité brûlée : l'alcoolémie augmente donc progressivement.

- dans un deuxième temps, au bout d'une période assez courte, s'installe un équilibre précaire entre la quantité diffusée et la quantité brûlée et éliminée en nature.

- dans un troisième temps, le taux d'alcool descend progressivement car la diffusion est terminée et l'alcool présent dans le corps est brûlé ou éliminé : c'est la phase de détoxication.

Les facteurs personnels vont influencer les vitesses de diffusion et de détoxication, c'est pourquoi il est très difficile de déduire d'une alcoolémie la quantité d'alcool ingéré et il faudrait pour cela tenir compte des différents facteurs :

- Nature de la boisson : l'alcool introduit par voie digestive est rapidement absorbé au niveau du duodéno-jéjunum et diffuse dans le sang, les espaces organiques, les excré-  
tions et les sécrétions.

Sa répartition dans les tissus est proportionnelle à leur



richesse en eau. Il est important de connaître la nature de la boisson alcoolisée ingérée car il a été montré que les boissons alcoolisées concentrées (alcools distillés) diffusent plus rapidement dans l'organisme que les boissons plus modérément alcoolisées (vin, cidre, bière).

- Quantité ingérée : l'alcoolémie est proportionnelle à la quantité ingérée, mais il faut noter qu'une même quantité absorbée en une seule fois à jeun, donne une flèche d'alcoolémie plus importante que si elle est absorbée dans les mêmes conditions de jeûne, mais par prises fractionnées.

- Modalité de l'ingestion : Monsieur Lereboullet a montré que si l'alcool pris à jeun est très rapidement absorbé (15 minutes en moyenne), la diffusion s'effectue plus lentement si l'ingestion a lieu au cours d'un repas protidique, encore plus lentement si ce dernier est essentiellement glucidique, ce que traduit dans ce dernier cas une flèche d'alcoolémie moins haute.

- Poids du sujet : il est également à considérer ; la concentration sera d'autant plus forte que le poids sera plus faible.

- Etat somatique de l'individu :

La gastrectomie accentue la vitesse d'absorption. La boisson passe directement dans le duodéno-jéjunum sans séjour gastrique préalable et y est aussitôt absorbée. La flèche d'alcoolémie est donc plus haute et plus précoce.

La vitesse d'éthyloxydation est constante chez un individu normal, le nombre de grammes d'alcool oxydé en une heure est égal au 1/10 du poids du corps en kilogrammes. Chez l'alcoolique, cette vitesse est supérieure de 20 % à ce qu'elle est chez les abstinents.



Enfin, il faut noter que chez l'alcoolique, la détoxication n'est jamais complète : le buveur n'a pas le temps de brûler tout son alcool, qu'il a ingéré une nouvelle dose.

B - Causes d'erreurs inhérentes au dosage biochimique.

L'élimination de l'alcool se fait sous deux formes :

- une première partie est éliminée en nature sous forme de vapeurs rejetées par les poumons qui sont capables ainsi d'éliminer 1 à 5 % de la quantité totale ingérée.

Diffusant dans les excrétiions et les sécrétions, l'alcool se retrouve en partie dans l'urine où il peut atteindre la même concentration que dans le sang, mais l'alcoolurie ne serait pas une méthode valable, la concentration étant sujette à des variations trop importantes.

- une seconde partie est dégradée par transformation chimique. Brûlé suivant le cycle de Krebs, l'alcool est d'abord transformé en acétaldéhyde puis en acide acétique,

Les différentes méthodes de dosage reposent sur des réactions chimiques identiques. L'alcool est oxydé par un mélange sulfochromique. Les modalités sont différentes suivant que l'on cherche à doser :

. Les vapeurs rejetées dans l'air expiré d'où l'on déduit le taux sanguin,

, ou directement la quantité d'alcool présente dans un prélèvement sanguin,

Pour employer la méthode spirométrique qui utilise l'alcool-test, il faut avoir affaire à un malade coopérant, ce qui n'est pas toujours le cas en pratique psychiatrique. D'autre part, les résultats ne sont qu'approximatifs ; on peut déterminer si le taux d'alcool sanguin est :

nul,



compris entre 0 et 0,30 g ‰  
compris entre 0,30 et 0,80 g ‰  
ou supérieur à 0,80 g ‰

C'est pourquoi la méthode directe de Nicloux Widmark, plus précise, garde toute sa valeur. L'alcool-test, lorsqu'il est réalisable, reste une excellente méthode de sélection permettant de voir quels sont les malades alcoolisées. Le résultat étant immédiat, il est toujours possible, pour avoir un dosage plus précis, de faire aussitôt après un prélèvement sanguin que l'on enverra au laboratoire.

#### Conclusion :

Nous voyons donc qu'il est pratiquement très difficile, même en tenant compte des différents facteurs précédents, de déterminer la quantité d'alcool absorbé.

Toutefois, on peut approximativement avoir une idée de la quantité d'alcool présente dans l'organisme en appliquant la formule suivante, utilisée en médecine légale :

$$At = Ct + P \times R$$

At = quantité d'alcool dont les tissus sont imprégnés.

Ct = taux d'alcoolémie

P = Poids du corps

R = Coefficient de répartition : Hommes - 0,68  
Femmes - 0,55

Les résultats ainsi trouvés ne reflètent qu'un chiffre minimum de la quantité d'alcool dont les tissus sont imprégnés.

En pratique courante, nous verrons qu'une étude approfondie n'est pas toujours nécessaire. L'alcoolémie d'en-



trée a pour but, non de nous donner une valeur exacte de la quantité d'alcool ingéré, mais d'attirer notre attention sur les cas où elle se révèle anormalement élevée.

Chez certaines entrantes, il pourra être utile de corriger ce résultat en tenant compte des facteurs précédents pour obtenir un plus grand degré de précision.



## LES RÉSULTATS

### I - ETUDE STATISTIQUE

L'histogramme et la courbe de répartition sont établis en portant en abscisse les différentes alcoolémies et en ordonnée le nombre de cas.

Dans cette étude, les alcoolémies sont comprises entre 0 et 3,30 g. Nous avons divisé ce champ de variabilité en classes de cinq centigrammes. Les alcoolémies comprises dans ces classes sont considérées comme égales.

EFFECTIF TOTAL : (figures 1 et 2)

On observe que :

- la médiane qui divise la population en deux nombres égaux se situe dans l'intervalle 0,20 - 0,25 (plus proche de 0,20 g).

- le mode correspond à la valeur de l'alcoolémie dont la fréquence est maximale, se situe entre 0,15 et 0,20 g.

- la moyenne arithmétique est 0,32 g.

Donc, mode, médiane et moyenne ne sont pas confondus, ce qui traduit mathématiquement l'asymétrie de la répartition.



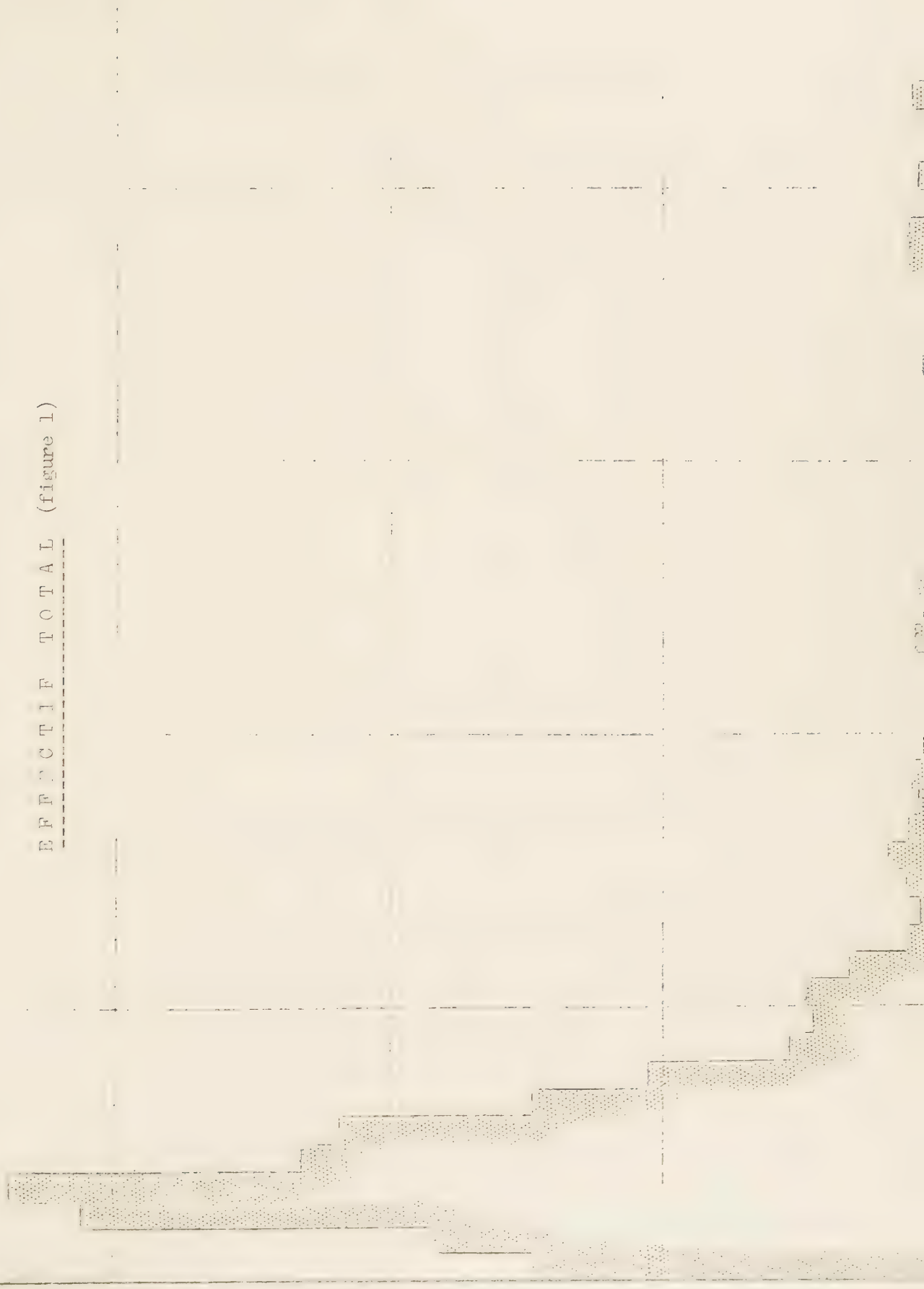
Nombre de cas

EFFECTIF TOTAL (figure 1)

150

100

50





REPARTITION DE L'EFFECTIF TOTAL

| Alcoolémies          | Nbre de cas | Pourcentages |
|----------------------|-------------|--------------|
| Nulles               | 74          | 7,2 %        |
| 0,15 à 0,20 g ‰      | 169         | 16 %         |
| au-dessous de 0,20 g | 491         | 48 %         |
| au-dessus de 0,20 g  | 526         | 52 %         |
| au-dessous de 0,50 g | 895         | 88 %         |
| 0,50 à 1 g           | 77          | 7,5 %        |
| 1 g à 1,50 g         | 11          | 1 %          |
| 1,50 à 2 g           | 17          | 1,6 %        |
| 2 g à 3 g            | 17          | 1,6 %        |
| 3 g à 4 g            | 2           | 0,2 %        |

Nous voyons donc que 12 % des entrantes ont une alcoolémie supérieure à 0,50 g ‰.

Dans la répartition, il existe une décroissance du nombre des cas au fur et à mesure que le taux d'alcoolémie s'élève. Cette décroissance n'est pas régulière. Il semble que l'on puisse distinguer trois groupes différents :

1) le plus important, de 0 à 0,60 g représente 933 personnes, soit 91 %.

2) un second de 0,60 à 1,20 g représente 48 personnes soit 4,7 %.

3) enfin, un troisième, plus étalé, de 1,45 à 3,30 g



Nombre de cas

E F F E C T I F   T O T A L (Courbe de Répartition - figure 2)

150

100

50

0

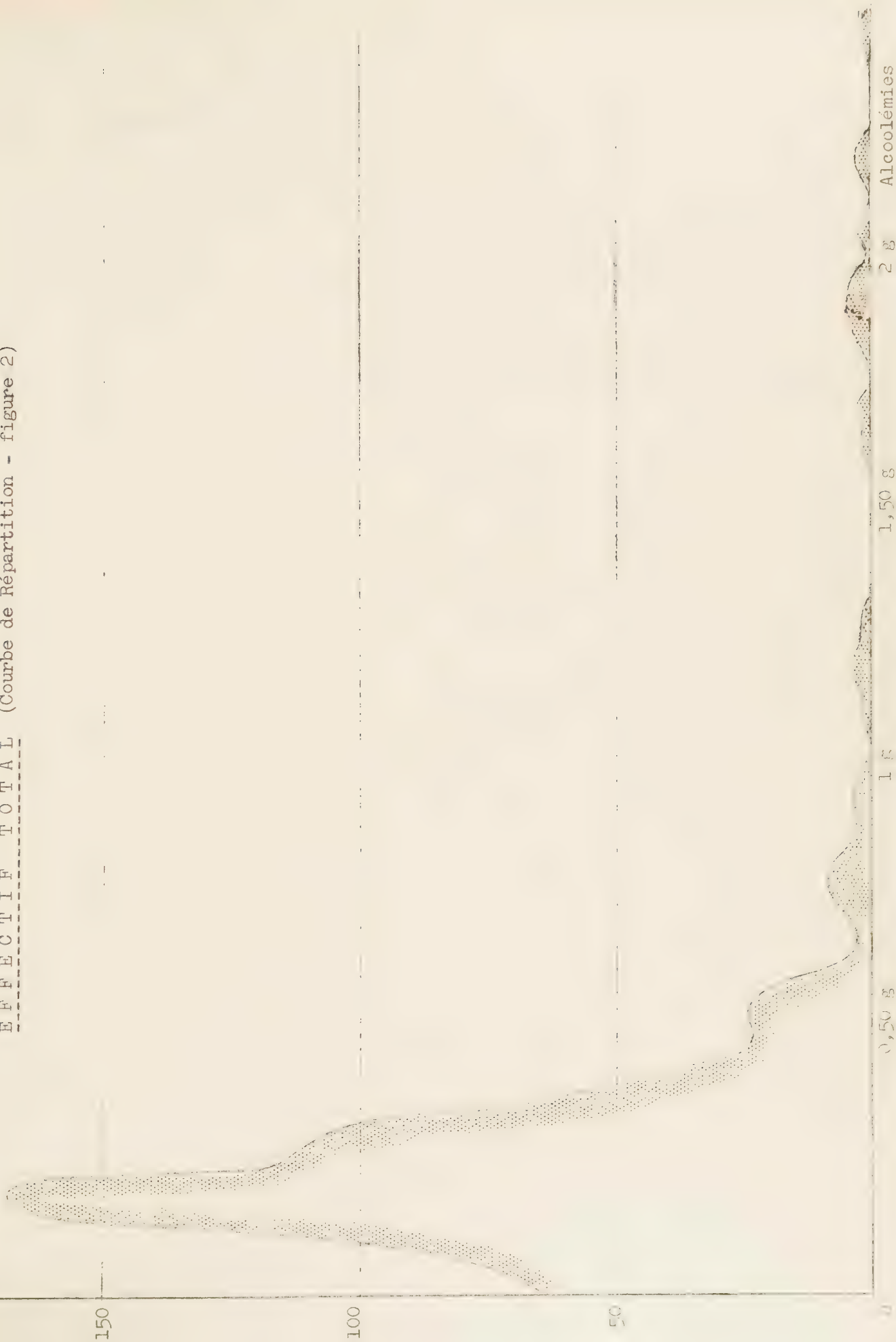
0,50 g

1 g

1,50 g

2 g

Alcoolémies





représentant 36 personnes soit 4,3 %.

Reste à discuter la validité de ces groupes : populations différentes ou artéfact statistique ?

Pour tenter de répondre, nous avons dissocié l'ensemble des entrantes en deux parties dont nous avons fait l'étude statistique :

- les malades ne présentant pas de signes cliniques évidents d'alcoolisme,
- les alcooliques avérées.



## LES ENTRANTES NE PRESENTANT PAS DE SIGNES D'ALCOOLISME CHRONIQUE

Elles constituent un effectif de 819 entrées représentant 81 % du total des cas. Ce groupe est intéressant car il reflète l'alcoolisation des psychoses non alcooliques ou tout au moins sans appoint alcoolique important.

### Examen de la répartition : (figure 3)

- la médiane et le mode sont confondus dans la classe 0,15 - 0,20 g ‰.

- la moyenne arithmétique est de 0,24 g.

La répartition n'est là encore pas symétrique.

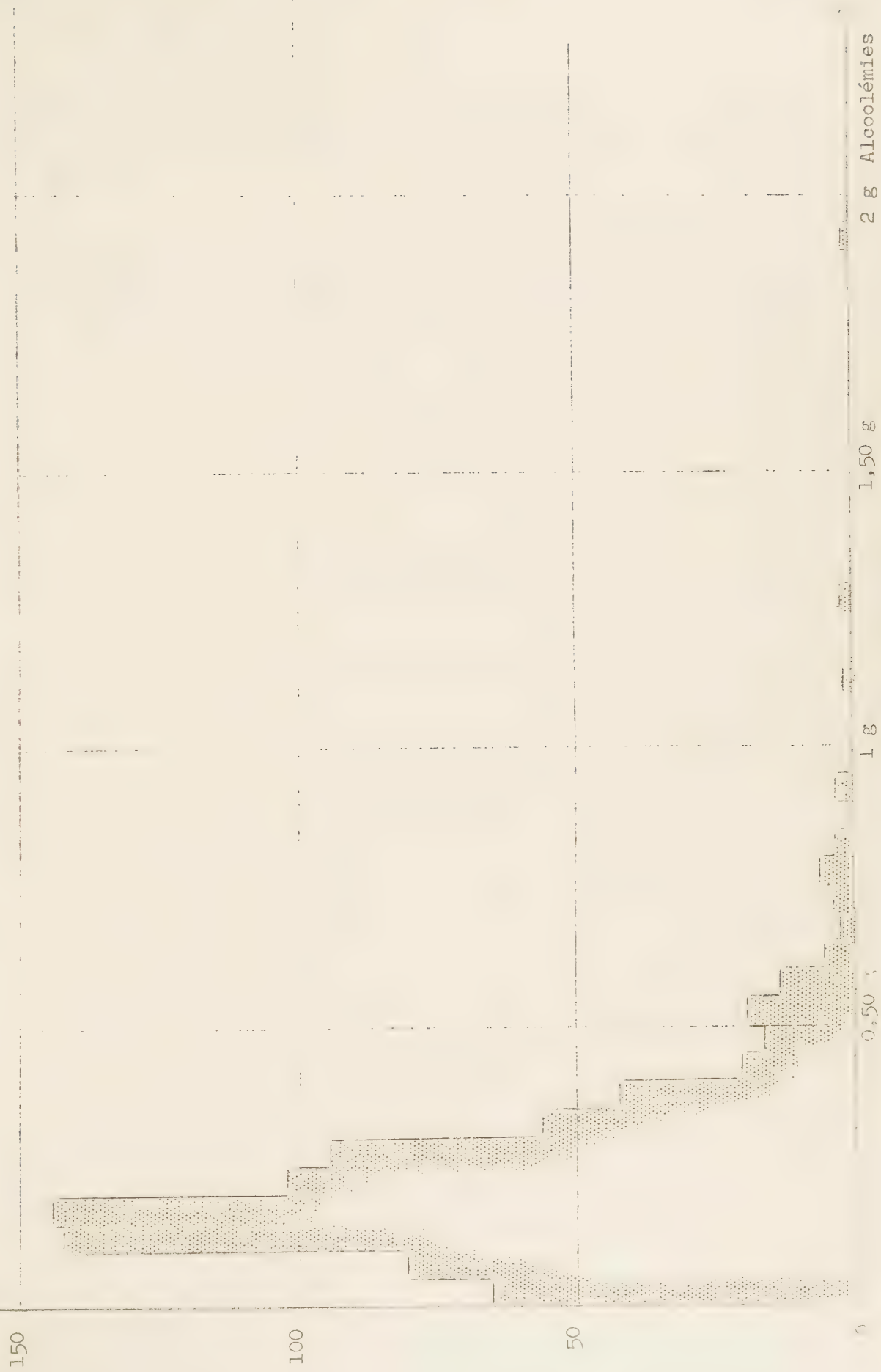
### REPARTITION DES MALADES NON ALCOOLIQUES

(Pourcentages en fonction des malades non alcooliques)

| Alcoolémies                            | Nbre de cas | Pourcentages |
|----------------------------------------|-------------|--------------|
| Nulles                                 | 65          | 8 %          |
| 0,15 à 0,20 g ‰<br>(fréquence maximum) | 144         | 17 %         |
| au-dessous de 0,20 g                   | 431         | 52 %         |
| au-dessus de 0,20 g                    | 388         | 48 %         |
| au-dessous de 0,50 g                   | 761         | 92 %         |
| 0,50 à 1 g                             | 54          |              |
| 1 g à 1,50 g                           | 3           |              |
| 1,50 à 2 g                             | 1           |              |



Nombre de Cas MALADES SANS SIGNES D'ALCOOLISME CHRONIQUES (figure 3)





Donc 8 % de ce groupe (soit 5,6 % de l'effectif total) ont une alcoolémie au-dessus de 0,50 g °/‰, ce qui représente 58 entrées.

Bien qu'asymétrique, la répartition ne forme ici qu'un groupe homogène avec toutefois quelques cas isolés vers les grandes alcoolémies. Nous examinerons ces derniers au cours de l'étude analytique.



## LES ALCOOLIQUEES AVEREES

Elles forment un groupe de 198 personnes, ce qui représente 19 % du total des entrantes.

Examen de la répartition : (figure 4)

- la médiane se situe dans la classe 0,30 - 0,35 g ‰
- le mode est dans la classe 0,15 - 0,20 g ‰
- la moyenne arithmétique est de 0,67 g.

Là encore, la répartition n'est pas symétrique.

## REPARTITION DES ALCOOLIQUEES

(Pourcentages en fonction des entrantes alcooliques)

| Alcoolémies                         | Nbre de cas | Pourcentages |
|-------------------------------------|-------------|--------------|
| Nulles                              | 9           | 4 %          |
| 0,15 à 0,20 g ‰<br>fréquence maxima | 25          | 12 %         |
| au-dessous de 0,20 g                | 60          | 30 %         |
| au-dessus de 0,20 g                 | 138         | 70 %         |
| au-dessous de 0,50 g                | 132         | 66 %         |
| 0,50 à 1 g                          | 23          | 11 %         |
| 1 g à 1,50 g                        | 8           | 4 %          |
| 1,50 à 2 g                          | 16          | 8 %          |
| 2 g à 3 g                           | 17          | 9 %          |
| 3 g à 3,30 g                        | 2           | 1 %          |



# REPARTITION DES ALCOLLIQUES (figure 4)

Nombre de Cas

30

20

10

0,50 g

1 g

1,50 g

2 g

Alcoolémies





Donc, 34 % des alcooliques ont une alcoolémie supérieure à 0,50 g par litre, ce qui représente un effectif de 66 personnes.

L'examen de la répartition laisse apparaître nettement l'existence de 3 groupes différents précédemment observés dans l'effectif total :

|             |     |          |          |     |    |           |
|-------------|-----|----------|----------|-----|----|-----------|
| 1° groupe : | 0 g | à 0,60 g | -        | 140 | -  | 70,70 %   |
| 2°          | -   | : 0,60   | à 1,25 g | -   | 23 | - 11,65 % |
| 3°          | -   | : 1,55   | à 3,30 g | -   | 35 | - 17,65 % |

Dans cet ensemble de malades alcooliques, nous avons tenté de faire une classification nosologique et à l'intérieur de chaque cadre, nous avons établi une répartition en fonction des alcoolémies d'entrée (figure 5).

Classification nosologique :

1) Personnes venues pour désintoxication et ne présentant pas de troubles mentaux.

72 cas soit 36 % des alcooliques.

- Mode de 0,25 à 0,40 g

- la moyenne est de 0,84 g



- Répartition avec pourcentages en fonction des 72 cas.

| Alcoolémies          | Nbre de cas | Pourcentages |
|----------------------|-------------|--------------|
| Nulles               | 0           |              |
| inférieures à 0,50 g | 43          | 60 %         |
| supérieures à 0,50 g | 29          | 40 %         |
| 0,50 à 1 g           | 8           | 11 %         |
| 1 g à 1,50 g         | 3           | 4 %          |
| 1,50 à 2 g           | 8           | 11 %         |
| 2 g à 3,30 g         | 10          | 14 %         |

2) Alcooliques ayant présenté un état d'excitation ou une ivresse pathologique.

25 cas soit environ 12 % des alcooliques

- le mode de 0,15 à 0,20 g ‰

- la moyenne est de 0,83 g ‰

| Alcoolémies          | Nbre de cas | Pourcentages |
|----------------------|-------------|--------------|
| Nulles               | 3           |              |
| inférieures à 0,50 g | 13          | 52 %         |
| supérieures à 0,50 g | 12          | 48 %         |
| 0,50 à 1 g           | 5           | 20 %         |
| 1 g à 2 g            | 4           | 16 %         |
| 2 g à 3 g            | 2           | 8 %          |
| supérieures à 3 g    | 1           | 4 %          |



### 3) Psychopolynévrite de Korsakov

16 cas soit 8 % des alcooliques

- le mode de 0,15 à 0,20 g ; 4 soit 25 % de ce groupe

- la moyenne est de 0,39 g

- Répartition, les pourcentages sont en fonction des 16 cas.

| Pourcentages         | Nbre de cas | Pourcentages |
|----------------------|-------------|--------------|
| Nulles               | 0           |              |
| au-dessous de 0,50 g | 13          | 81 %         |
| au-dessus de 0,50 g  | 3           | 19 %         |
| 0,50 à 1 g           | 2           | 12,5 %       |
| 1 g à 2 g            | 0           |              |
| 2 g à 3 g            | 1           | 6,5 %        |

### 4) Délire subaigu confuso-onirique

47 cas soit environ 24 % des alcooliques

- le mode : de 0,15 à 0,20 g (8)

- la moyenne arithmétique est de 0,40 g ‰



- Répartition, les pourcentages sont établis en fonction des 47 cas de ce sous-groupe.

| Alcoolémies          | Nbre de cas | Pourcentages |
|----------------------|-------------|--------------|
| Nulles               | 3           | 6,3 %        |
| au-dessous de 0,50 g | 39          | 83 %         |
| au-dessus de 0,50 g  | 8           | 17 %         |
| 0,50 à 1 g           | 5           | 10,6 %       |
| 1 g à 2 g            | 2           | 4,3 %        |
| 2 g à 3 g            | 1           | 2,1 %        |

5) Délirium Tremens : 5 cas

- la moyenne arithmétique est de 1,02 g/litre.

Ils se répartissent ainsi :

0 - 0,14 - 0,25 - 2,04 - 2,67 g ‰

6) Que reste-t-il dans ce groupe d'alcooliques avérées ?

- 10 délires chroniques
- 6 dépressions
- 6 états d'excitation de type maniaque
- 6 névroses graves
- 4 Gayets Wernike
- 1 polynévrite simple.

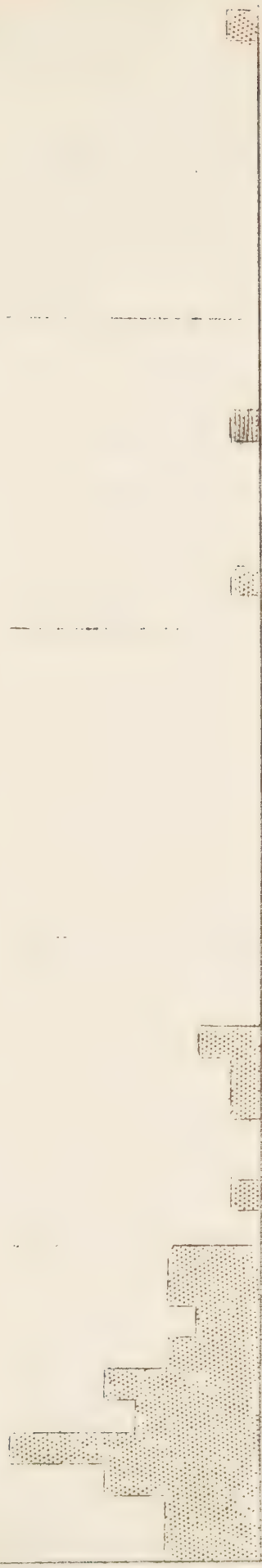
Il est intéressant de comparer ces résultats avec



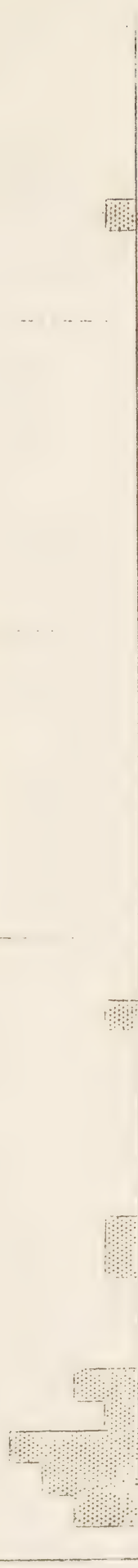
Nombre de Cas

DELIRES SUBAIGUS CONFUSO - ONIRIQUES (figure 5)

10



PSYCHO-POLYNEVRITE DE KORSAKOV



ETATS D'EXCITATION PSYCHOMOTRICE



ALCOOLIQUES SANS TROUBLES PSYCHIQUES (DESINTOXICATION)





ceux qui ont été établis chez des alcooliques venues pour désintoxication dans un centre hospitalier régional (Revue de l'alcoolisme déc. 63 - n° 9).

| <u>134 admissions</u>                          | <u>109 alcoolémies</u>  |
|------------------------------------------------|-------------------------|
| 15 polynévrites simples                        | 35 nulles               |
| 13 Korsakov                                    | 37 inférieures à 0,50 g |
| 7 polynévrites + cirrhose                      | 7 entre 0,50 et 1 g     |
| 1 Korsakov + cirrhose<br>(syndrome de Klippel) | 12 entre 1 g et 1,50 g  |
| 1 polynévrite optique                          | 8 entre 1,50 et 2 g     |
| 2 délirium Tremens                             | 3 entre 2 g et 3 g      |
| 1 Gayet Wernike                                | 1 entre 3 g et 4 g      |
| 2 autres encéphalopathies                      |                         |

Sur ces 134 admissions, l'auteur précise que 9 ont été transférées dans un hôpital psychiatrique.



## CONCLUSION

Sur une population de 1017 sujets, l'étude statistique nous a permis d'établir le mode de répartition des entrantes en fonction de l'alcoolémie à l'admission.

Nous avons observé ainsi que :

1) 12 % des entrantes ont une alcoolémie à l'admission supérieure à 0,50 g par litre.

2) la répartition de cet ensemble est irrégulière. Elle se fait en trois groupes d'inégale importance. Ceci est dû à la présence au sein de l'effectif, de 198 alcooliques avérées, chez qui ont retrouvé ces trois groupes lorsqu'on les dissocie de la population totale:

- le plus élevé correspond aux états d'ivresse,

- dans les deux autres, on retrouve :

- . des psychoses alcooliques ou avec appoint alcoolique,

- . 72 malades sans troubles mentaux, venues pour désintoxication.

3) Les entrantes sans signes cliniques d'alcoolisme forment par contre un ensemble homogène et comportent 8 % de sujets ayant une alcoolémie supérieure à 0,50 g /litre.

Ces premiers éléments nous permettent donc de voir que si une entrante sur 5 est une alcoolique avérée, une sur 8 a une alcoolémie susceptible d'attirer l'attention.

L'alcoolémie, intéressante en raison de la statistique qu'elle nous a permis d'établir, constitue, sur le plan individuel, un moyen de dépistage des alcooliques, mais aussi des états d'imprégnation plus légère n'ayant pas encore laissé d'empreintes somatiques que nous qualifierons d'états



préalcooliques ou d'alcoolisme infraclinique et que nous allons voir dans l'étude analytique.

Pour terminer, remarquons que, sur le plan statistique, les résultats de cette étude ne peuvent pas s'appliquer à l'ensemble de la population psychiatrique, elle porte uniquement sur des femmes. Il est intéressant de noter à ce propos que les travaux du Docteur Fontan et une partie des conclusions sur le rapport de l'alcoolisme du Docteur Deshayé montrent que si les boissons consommées sont les mêmes dans les deux sexes, les femmes absorbent des quantités moindres "Comme si leur seuil de tolérance physiologique était abaissé."

Il nous semble, d'autre part, que l'alcoolisme masculin est plus important ; le nombre des entrants chez les hommes pour désintoxication est de 313 par an, alors qu'il est de 62 chez les femmes (référence année 1961 - HP. Lorquin).



## II - ETUDE ANALYTIQUE

Dans cette seconde partie, nous montrerons l'intérêt de l'alcoolémie sur le plan individuel, en examinant dans différents syndrômes, quelques dossiers intéressants. Nous distinguerons, quand cela sera possible, alcooliques avérées et non alcooliques.

En ce qui concerne les tableaux symptomatiques d'un état d'ivresse, une seule alcoolémie est significative et suffisante pour que nous prenions la malade en considération.

Pour les autres tableaux cliniques, par contre, une alcoolémie élevée mais isolée peut être fortuite et nous ne sélectionnerons dans cette étude que les malades répondant aux conditions suivantes :

1) malades présentant des signes d'alcoolisme chronique et ayant une ou plusieurs alcoolemies élevées, ce qui reflète un alcoolisme actuel.

2) les malades ne présentant pas de signes cliniques d'alcoolisme chronique et ayant fait l'objet de plusieurs séjours et qui ont présenté, lors de leurs admissions successives, des alcoolemies supérieures à 0,50 g prouvant qu'elles ne sont pas restées sobres. Cette coïncidence ne permet toutefois pas d'établir une relation de cause à effet entre consommation d'alcool et déclenchement de la psychose, une corrélation pouvant se voir en sens inverse (à l'occasion d'une psychose, la malade peut se mettre à boire).



## ALCOOLEMIE ET ETATS D'IVRESSE

Le diagnostic des états d'ivresse repose sur trois ordres de faits :

- les signes cliniques,
- l'anamnèse,
- l'alcoolométrie

Les signes cliniques : ils sont bien connus : incoordination motrice, troubles des réflexes, altération des fonctions intellectuelles, libération des instincts...

La tolérance et l'accoutumance de certaines personnes font qu'ils n'apparaissent pas à un seuil fixe. Il suffit de se reporter à des statistiques établies sur les accidentés de la route pour voir qu'il existe assez souvent une divergence entre la fiche médicale de comportement et le dosage de l'alcool dans le sang ; ces troubles sont fugaces.

Enfin, dans les cas qui nous préoccupent, le diagnostic d'ivresse est un diagnostic qui parfois ne peut être porté qu'à posteriori après un acte médico-légal, un accident ou un trouble du comportement ayant mené à un internement.

L'élément anamnestique n'est pas négligeable mais reste sujet à caution.

L'alcoolémie, par contre, persiste un certain temps. L'alcoolométrie, même entachée d'erreurs d'interprétation, reflètera tout de même l'importance de la consommation d'alcool et permettra souvent de savoir s'il y a eu une ivresse éthylique (il existe aussi des ivresses oxycarbonées, barbituriques et des tableaux pseudo-ébrioïdes à mettre sur le compte de migraines, d'affections neurologiques).



1) Malades entrantes ne présentant pas de signes d'alcoolisme chronique

Observation n° 1

Madame Bl... née en 1922, mariée, cinq enfants, est envoyée à l'hôpital psychiatrique par son médecin traitant à la suite de "Fugue et fausses perceptions".

Admise le 28/5/64 à 9 heures

Elle est calme, parle bien, dans le service se plaint du ventre et de brûlures à la miction. La température est normale.

Antécédents : on note une appendicectomie un mois auparavant.

Certificat de 24 heures (Docteur Neveu)

"Syndrome hypochondriaque avec plaintes multiples, douleurs abdominales, dorsales, lombaires, céphalées, dysurie.

Fond mental médiocre, difficultés d'adaptation familiale".

L'examen clinique est normal, en particulier, il n'existe pas de signes d'alcoolisme chronique.

Conduite du traitement : Lévomépromazine : 75 mg/j avec augmentation de 25 mg tous les 4 jours jusqu'à un maximum de 150 mg/j puis décroissance progressive jusqu'à 75 mg/j.

Examens complémentaires : alcoolémie d'entrée à 1,93 g, urée et glycémie normales.

A la quinzaine, la malade est calme, lucide, elle est sortante avec le certificat suivant : "Adressée pour fugue et fausses perceptions, l'alcoolémie démontre qu'il s'agissait d'une ivresse alcoolique." (Docteur Neveu)

Réadmise deux ans après, elle présente cette fois un tableau de bouffée délirante polymorphe.



Le certificat de 24 heures (Docteur Auvray)

"Bouffée délirante de structure paranoïde, idées absurdes de grandeur et de persécution émises dans un langage décousu et hermétique. Activités hallucinatoires auditives et cénesthésiques intrapsychiques."

"Je dopais l'argent dit-elle, je suis une femme police, j'étais - P - cela veut dire grand juge... on m'a droguée avec la bouteille à gaz, un italien a fait un trou dans le mur pour y faire passer le gaz, on m'a déchiquetée puis rafistolée. Je suis actrice scénariale, j'ai 28 gosses, la Reine d'Angleterre a greffé des enfants en moi..."

La malade, venue de l'hôpital de Metz n'a pas d'alcoolémie d'entrée. L'examen clinique ne montre rien d'anormal.

Traitée par prochlorpémazine 150 mg/j pendant trois mois, son état s'améliore en 15 jours. Elle sort définitivement au bout de trois mois.

Commentaire : Il semble que l'on se trouve ici devant une malade au fond mental médiocre chez qui une ivresse alcoolique, révélée par l'alcoolémie d'entrée, a provoqué des troubles passagers du comportement suivis d'un syndrome hypochondriaque.

Deux ans après, lors de la seconde hospitalisation pour bouffée délirante polymorphe, type Magnan, une fois l'excitation psychique passée, on verra à nouveau apparaître des plaintes hypochondriaques multiples mais exprimées d'une façon délirante : "Docteur, j'ai mal dans les articulations, ce sont des clous d'argent. qui me piquent."



Observation n° 2

Madame Ge..., née en 1929, mariée, 2 enfants jumeaux de 7 ans est envoyée à l'hôpital psychiatrique par son médecin traitant pour "Etat d'agitation psychomotrice et verbale intense ; la malade casse tout chez elle."

Admise le 13/7/60 à minuit, sous l'effet d'un calmant, elle est assez calme et docile, se laisse coucher mais ne dort pas de la nuit.

Le lendemain, "Calme et lucide à l'examen, pertinente, elle ne sait pas pourquoi elle a été internée." (Certificat du Docteur Neveu)

L'examen clinique est normal. Il n'existe pas de signes d'alcoolisme chronique.

Dans les antécédents, il n'y a rien à signaler.

Examens complémentaires :

L'alcoolémie d'entrée à 0,86 g °/°° prouve que la malade n'est pas restée sobre.

Urée, glycémie, protéines, cholestérol, ionogramme sont normaux.

Traitement institué : vitamines B1 - B6

Certificat de quinzaine (Docteur Neveu)

"A présenté un état d'excitation psychique avec violence attesté par l'entourage et le médecin traitant. Cet état très passager est à mettre en relation avec une ivresse anormale."

La malade est inconsciente de la nature de ses troubles et lorsque l'on tente de lui expliquer, elle se montre arrogante, ergoteuse et de mauvaise foi.

Elle sort contre avis médical 15 jours après son admission.



Observation n° 3

Madame Bo... Marguerite née en 1936, mariée, 2 enfants, est envoyée à l'hôpital par son médecin traitant avec le certificat suivant : "Au cours d'une crise de dépression, ce matin à 7 heures, a sectionné les avant-bras de ses deux filles et s'est blessée elle-même ensuite."

Admise à 11 heures le 10/11/65 après un bref séjour de quelques heures à l'hôpital général où l'on a pratiqué une suture de ses plaies, la malade est calme, légèrement anxieuse, mais ne paraît pas déprimée.

Antécédents : cicatrice ancienne de blessure de guerre aux jambes. Traumatisme psychique. D'origine allemande, elle a subi les bombardements et a été blessée.

Angines à répétition chaque hiver.

Certificat de 24 heures (Docteur Neveu)

"Subexcitation anxieuse, mais sans trouble de la lucidité, dit avoir sectionné les avant-bras de ses enfants et le sien, mais ne se souvient pas des faits, se demande pourquoi elle a agi ainsi. Possibilité d'un état crépusculaire ou d'un acte involontaire."

Traitement institué : Lévomépromazine 75 mg/j pendant 4 jours avec augmentation de 25 mg/j jusqu'à 150 mg/j, puis dose dégressive jusqu'à 75 mg/j.

Examen clinique normal, pas de signe d'alcoolisme chronique.

Examens complémentaires :

L'alcoolémie d'entrée est à 0,62 g ‰ à 11 heures du matin alors que la malade n'a pas bu depuis son acte délictueux remontant à 4 heures.

Urée, glycémie normales.



Un électroencéphalogramme est pratiqué, il montre : "Trace d'amplitude moyenne régulière et symétrique, alpha lent à 9 cycles/seconde, ample et abondant avec ébauche de fuseaux. Faible amplitude de localisation à gauche. Réaction d'arrêt nette dans toutes les dérivations. Stimulation lumineuse intermittente inactive. Après hyperpnée de 3 minutes, apparition de polypointe-ondes et de pointe-ondes déformées généralisées. Tracé en faveur d'un petit mal sous hyperpnée ; peut faire admettre l'hypothèse d'un équivalent."

Le problème diagnostique semble donc se résoudre mais à un deuxième interrogatoire, la malade se rappelle des faits, souriante, expansive, elle assure avoir agi ainsi parce qu'elle s'était disputée avec son mari qui lui reprochait de ne pas assez vite apprendre à lire et écrire le français.

Lorsqu'on lui demande s'il lui arrivait de boire, elle nie et déclare : "Mon mari dirait bien que j'ai fait cela après avoir bu, mais ce n'est pas vrai." Or, l'alcoolémie démontre que la malade avait bu, ce qui est confirmé par son mari qui nous apprend que sa femme buvait épisodiquement du vin rouge et devenait alors assez agressive.

Mise en observation dans le service, la malade n'a pas présenté de trouble du comportement.

Commentaire : Cette observation est très intéressante en raison des difficultés diagnostiques qu'elle pose. L'électroencéphalogramme montrant des anomalies, évoque un équivalent, mais l'amnésie des faits est discutable, car au deuxième entretien, la malade paraît bien se souvenir de ce qui s'est passé. Elle nous explique par qui elle a commencé, comment elle a procédé.

Le suicide altruiste mélancolique semble devoir



être rejeté, la malade ne présentant pas d'état dépressif.

L'impulsion schizophrénique est possible d'autant qu'à aucun moment, la malade ne manifestera de regrets ou de sentiments maternels à l'égard de ses enfants.

Reste l'alcoolémie élevée, on est en droit de se demander si l'alcool n'a pas un rôle dans la genèse du trouble du comportement qu'elle a présenté.



#### Observation n° 4

Madame Ma... née en 1922, mariée, cinq enfants, est envoyée par son médecin traitant qui a constaté un état d'agitation psychomotrice ayant débuté subitement la veille et dont l'étiologie est indéterminée.

Admise le 9/5/60, la malade est très turbulente, refuse de prendre son bain et de se déshabiller. Elle se met devant la porte et frappe, elle renverse des pots de fleurs.

#### Certificat de 24 heures (Docteur Neveu)

"Etat d'agitation avec désordre des actes et violence, projections d'objets.

L'examen physique est normal. On note une obésité : 80 kg pour 1,53 m. Il n'y a pas de signes d'alcoolisme chronique.

#### Examens complémentaires :

Une prise de sang pour alcoolémie faite à l'admission révèle 1,15 g ‰.

Les constantes : urée, glycémie, cholestérol, protéines sont normales. L'ionogramme n'est pas perturbé.

#### Conduite du traitement .

La malade est soumise à quelques séances de sismothérapie (3 électrochocs) et mise à la chlorpromazine . i.m. pendant sept jours en débutant à 3 injections de 25 mg par jour et en augmentant de 25 mg/j. puis p.o. en atteignant un maximum de 685 mg/j au bout de 16 jours puis décroissance en 16 jours pour atteindre un plateau de 300 mg/j que l'on continuera pendant 25 jours, enfin, prochlorpémazine à raison de 30 mg/j jusqu'à la sortie.



Il faut attendre 6 jours de traitement pour voir la malade se calmer.

A la quinzaine : "Elle est calme et lucide sous l'influence du traitement. Elle sort prématurément contre avis médical deux mois après son admission."

Commentaire :

Nous voyons qu'à l'admission, nous aurions pu penser à une agitation psychomotrice en rapport avec une ivresse. Au bout de 24 heures, l'état ne s'étant pas amélioré spontanément, l'alcoolisation n'est qu'un élément surajouté au tableau. On ne peut ici, savoir si cette alcoolisation a eu un rôle dans le déclenchement de l'épisode d'excitation psychomotrice constaté.



### En conclusion

Trois types de cas se sont donc présentés dans notre étude parmi les entrantes sans signes cliniques évidents d'alcoolisme chronique mais chez qui une alcoolémie élevée est révélatrice d'un état d'ébriété ou d'ivresse.

a) l'alcoolémie est forte à l'entrée, les troubles du comportement regressent en 24 heures :

. le diagnostic d'ivresse pathologique est très probable (observations 1 et 2).

b) l'alcoolémie est élevée à l'entrée, le sujet est apparemment normal, mais a présenté dans les heures précédant son admission un trouble passager du comportement qui peut l'avoir mené à un acte antisocial :

. le diagnostic d'ivresse pathologique doit être évoqué dans la discussion étiologique (observation n° 3).

c) l'alcoolémie est élevée à l'entrée, les troubles du comportement sont présents et persistent plus de 24 heures :

. l'ivresse est un élément accompagnateur d'une psychose. Elle peut être un élément contingent dans le déclenchement (observation n° 4)

Dans tous les cas, l'alcoolémie a un grand intérêt pour aider à poser le diagnostic.



## 2) Les alcooliques avérées

Chez les malades présentant des signes cliniques d'alcoolisme chronique, l'alcoolémie a moins d'intérêt. Nous allons voir cependant que dans certains cas particuliers, elle peut être utile.

### Observation n° 5

Madame Dr... née en 1916, divorcée, deux enfants : une fille de 18 ans et un fils illégitime de 6 ans.

Elle est admise le 4/11/58 après avoir au préalable séjourné 24 heures à l'hôpital civil de Metz où elle avait été dirigée à la suite d'une tentative de suicide au gaz avec son enfant de 6 ans.

Antécédents : La malade est alcoolique depuis deux ans environs. Elle boit bière, apéritifs à base d'anis, elle n'a jamais eu d'épisode onirique, mais est assez souvent excitée et a proféré à plusieurs reprises des menaces de suicide.

### Certificat de 24 heures (Docteur Neveu)

"Gros signes d'imprégnation éthylique, tremblements des doigts et de la langue, hyperhydrose palmoplantaire, douleur à la pression des mollets, petit foie rétracté sous le rebord costal, ecchymoses. Amnésie lacunaire, se rappelle seulement avoir absorbé de la bière et de l'imménocetol.

Signalée comme ayant fait une tentative de suicide au gaz d'éclairage."

### Examens complémentaires :

glycémie : 0,80 g - urée : 0,20 g - tests hépatiques perturbés - électrophorèse : albumine : 53

alpha 1 : 7,7

alpha 2 : 9,8



|                        |                 |        |
|------------------------|-----------------|--------|
| Electrophorèse (suite) | béta 1          | : 10   |
|                        | béta 2          | : 3,4  |
|                        | gamma           | : 15   |
|                        | <u>albumine</u> | : 1,15 |
|                        | globuline       |        |

cholestérol : 2,78 - protéines : 73

L'alcoolémie d'entrée, 24 heures après la tentative de suicide est encore à 0,94 g %.

Sous le coup d'une inculpation pour coups et blessures volontaires sur son enfant, il est procédé à une expertise médico-légale dont nous retiendrons la conclusion Docteur Kayl : "L'intéressée présente des signes cliniques et biologiques d'alcoolisme chronique. Au point de vue psychique, pas de signes névropathiques ni de maladie mentale proprement dite, ni d'état congénital d'arriération. L'alcoolémie étant à 0,94 g, 24 heures après son hospitalisation, elle présentait donc au moment de la tentative, un état aigu de confusion mentale d'origine toxique. L'intéressée était donc en état de démence au sens de l'article 64 du code pénal."

Le placement volontaire est transformé en placement d'office.

Conduite du traitement : cure prolongée de désintoxication et de déconditionnement : extrait hépatique et vitamines B1 B6, 35 séances de déconditionnement à l'apomorphine.

Certificat de sortie le 3/7/59 (Docteur Neveu)

"Internée après ivresse paraissant amnésique avec tentative de suicide, nie toute intention consciente, excès de bière par entraînement, désintoxiquée de façon prolongée et déconditionnement."



Commentaires : l'intérêt de l'alcoolémie est ici double : clinique et médico-légal.

Elle permet de poser le diagnostic de tentative de suicide au cours d'un état d'ivresse confusionnelle et apparemment amnésique. Chez cette femme de corpulence moyenne (55 kg), une alcoolémie de 0,95 g ‰ plus de 24 heures après la dernière consommation d'alcool permet à coup sûr d'affirmer l'état d'ivresse au moment de l'acte délictueux.



Observation n° 6

Madame Ge... née en 1923, nous est adressée par son médecin pour un "Etat délirant avec angoisses, conduite incohérente de type maniaque, hallucinations auditives permanentes."  
Il s'agit d'une alcoolique sortie 15 jours auparavant d'un séjour pour désintoxication.

Admise le 21/9/63 à 18 heures, elle est agitée "Qu'est-ce qui se passe ? " dit-elle, "Pourquoi suis-je ici ?". Elle proteste, frappe, casse des pots de fleurs.

Certificat de 24 heures (Docteur Neveu)

"Un état de confusion mentale avec anxiété et désordre des actes, avait recommencé à boire dès sa sortie."

Examens complémentaires

L'alcoolémie d'entrée à 0,54 g °/°° prouve que la malade a recommencé à boire alors qu'elle nie et continuera de nier d'une mauvaise foi évidente ses nouveaux excès.

Tests hépatiques perturbés :

- . cétyltriméthylamonium 32 (Normal inférieur à 10)
- . Kunkel 75 (normal 15 à 35).

Nous ne sommes donc pas ici devant des troubles apparus après sevrage car l'alcoolémie d'entrée prouve l'imprégnation.

Examen clinique :

"R. O. T. faibles au membre inférieur, petit foie rétracté sous le rebord costal, pupilles égales."

Conduite du traitement :

halopéridol : 2,5 mg/j pendant 13 jours  
centrophénoxine : i.v. 100 mg/j pendant 7 jours



puis centrophénoxine p.o. : 300 mg/j pendant 6 jours.

extraits hépatiques et vitamines B1 - B6

Redevenue calme et lucide, elle sort avec le certificat suivant (Docteur Neveu):

"A présenté un épisode anxieux en rapport avec une ivresse pathologique. Redevenue, sous traitement calme et lucide, mais n'a pas consenti à un déconditionnement par apomorphine.



Observation n° 7

Madame Sp... née en 1900, veuve est envoyée dans le service par son médecin traitant pour tentatives de suicide récidivantes.

Arrivée à 22 heures 15, le 17/6/61, la malade parle sans cesse, gesticule... "Je ne suis pas folle" dit-elle, "Ce n'est pas parce qu'on boit un petit verre qu'on doit se retrouver ici". Elle fait des difficultés pour se coucher et ne dort pas.

Certificat de 24 heures (Docteur Neveu)

"Semble avoir fait un état confusionnel avant son admission, ne se souvient pas avoir eu d'idées de suicide, se plaint d'avoir un peu mal à la tête, nie boire en excès. Légèrement obnubilée au moment de son admission. Proteste contre son internement."

Examens complémentaires :

L'alcoolémie à 0,83 g semble confirmer l'hypothèse d'ivresse confusionnelle.

Glycémie normale - urée élevée : 0,44 g

Conduite du traitement

La malade est mise à l'extrait hépatique et à la vitamine B pendant 20 jours.

A la quinzaine, elle répond correctement aux questions, est bien orientée, ne présente pas d'idées de persécution. Protestant contre son internement, elle est remise en liberté.

Réadmise un an plus tard pour "Etat prédélirant" (Médecin traitant), elle arrive à l'hôpital dans le coma avec un pouls incomptable, température à 38, tension artérielle : 6 de maximum.

Elle décède peu après son admission.



Examen complémentaire :

L'alcoolémie, seul examen complémentaire pratiqué montrera 0,42 g.

Commentaire :

L'alcoolémie a un intérêt diagnostique ; lors de la première admission, elle infirme les déclarations de la malade et permet de rattacher l'accès confusionnel à une alcoolisation.



Observation n° 8

Madame Te... née en 1928, 1 m 56, 54 kg, mariée, 3 enfants, nous fournit un nouvel exemple d'agitation psychomotrice.

Elle est envoyée par son médecin le 19/4/60 pour agitation psychomotrice et verbale intense." Arrivée à 22 heures, elle est très bruyante, refuse de dire au revoir à son mari, lui fait des gestes menaçants, ne veut pas se coucher, a peur des gens qui sont dans la même chambre.

Certificat de 24 heures (Docteur Neveu)

"Alcoolique buveuse de bière et de vin.

L'examen clinique met en évidence de gros signes d'imprégnation, gros foie, tremblements de la langue et des doigts, hyperhydrose palmoplantaire."

Examens complémentaires :

Tests hépatiques perturbés - protéines totales : 56

Alcoolémie d'entrée à 2,50 g °/°.

La malade est consciente de ses troubles mais ne se rend pas compte que l'alcool en est l'origine. Elle minimise ses excès qui ne seraient qu'intermittents, ce qui est contredit par l'état d'alcoolisme chronique.

Désintoxiquée et déconditionnée par apomorphine, elle sort au bout d'un séjour de deux mois.

Commentaire :

L'alcoolémie ici nous permet de mettre l'excitation psychomotrice sur le compte d'une ivresse pathologique.



Observation n° 9

Madame Dr... née en 1901 est dirigée vers l'hôpital psychiatrique par son médecin traitant : "Il s'agit vraisemblablement d'une alcoolique, après avoir été agitée pendant la nuit, elle présente des zoopsies et de l'anxiété. Elle voit des faces grimaçantes qui la menacent. Elle parle d'aller se jeter dans la Moselle."

Antécédents pathologiques :

Déjà venue à deux reprises en 53 et 54 pour désintoxication, il s'agit d'une alcoolique chronique.

Admise le 17/3/61 à 11 h 30, la malade est très agitée, elle déclame : "J'ai vendu mes brillants et mes manteaux de fourrure et je me suis mise à boire."

Le lendemain, la "malade ne présente ni confusion, ni troubles psychiques. Elle convient avoir fait des excès de vin. Etat d'alcoolisme chronique." (Docteur Neveu)

Examens complémentaires :

L'alcoolémie d'entrée est à 1,69 g ‰ . Les tests hépatiques sont normaux, les protéines à 75.

Certificat de quinzaine (Docteur Neveu)

"En état de déchéance physique et sociale, elle critique sa situation, mais affirme son intention de recommencer devant les difficultés matérielles de la vie."

Sous traitement : extrait hépatique et vitamines B1 - B6, l'amélioration est rapide. Calme et lucide, bien orientée, à la quinzaine elle a repris 4 kg. Elle sort le 28/6/61 après désintoxication.

Commentaire :

On peut discuter ici soit une ivresse pathologique,



soit un délire alcoolique subaigu. Le fait que les troubles psychiques aient regressé spontanément et totalement, laisse penser que l'on est plutôt devant un cas d'ivresse pathologique, excitomotrice avec hallucinations visuelles.



En conclusion :

Intérêt de l'alcoolémie chez les alcooliques avérées.

a) Intérêt diagnostique :

Elle permet de préciser que l'excitation psychomotrice est bien due à une forte alcoolémie. Une fois l'alcool éliminé de l'organisme, on assiste à une régression spontanée des troubles du comportement. (observations n° 6,7,8)

b) l'alcoolémie constitue un examen complémentaire précieux permettant le dépistage des alcooliques chez qui les signes cliniques de chronicité n'ont pas encore eu le temps d'apparaître nettement et dont les autres examens ou tests des fonctions hépatiques ne sont pas encore perturbés (observation n° 9). Ceci est d'autant plus important que dans la majorité nos malades nient généralement consommer des boissons alcoolisées (observation n° 6). Elle constitue une preuve que l'on peut soumettre aux malades pour les amener à reconnaître leurs excès et leur faire comprendre la nécessité d'un déconditionnement.

c) Enfin, l'alcoolémie constitue, lorsqu'il y a eu un acte délictueux, une pièce médico-légale, qui peut être prise en considération dans une expertise (observation n° 5).



## Etats dépressifs et Mélancolies

Les états dépressifs sont fréquents en pratique psychiatrique et leur classification nosologique est difficile. On opposera d'une façon schématique :

- Les états dépressifs psychogènes et les dépressions atypiques d'une part,

- le syndrome mélancolique d'autre part, en sachant toutefois qu'il existe en pratique des intrications rendant cette distinction difficile.

ETATS DEPRESSIFS    - psychogènes  
                          - atypiques

Ils constituent un groupe important de malades, sur l'ensemble des 1017 entrées, nous en avons relevé 150 cas, ce qui représente 15 % de l'effectif total.

Examen de la répartition de ce groupe (figure 6)

- la médiane est à 0,20 g ‰.
- le mode compris dans l'espace 0,10 - 0,15 g
- la moyenne arithmétique est de 0,30 g
- la répartition n'est pas symétrique



Nombre de Cas

ETATS DEPRESSIFS (figure 6)

30

20

10

0



0 50 g

1 g

1,50 g

2 g

Alcoolémies



Résultats (pourcentages en fonction des cas de dépressions)

| Alcoolémies                        | Nbre de cas | Pourcentages |
|------------------------------------|-------------|--------------|
| Nulles                             | 12          | 8 %          |
| 0,10 à 0,15 g<br>fréquence maximum | 30          | 20 %         |
| au-dessous de 0,15 g               | 56          | 37 %         |
| au-dessus de 0,50 g                | 18          | 12 %         |
| 0,50 à 1 g                         | 12          | 8 %          |
| 1 g à 1,50 g                       | 3           | 2 %          |
| 1,50 à 2 g                         | 3           | 2 %          |

L'examen de la répartition montre une distribution assez hétérogène :

- d'une part, jusqu'à 0,80 g, un groupe important formé de 143 personnes (95 %) présentant trois pics successifs à 0,15 g, 0,30 g, 0,55 g.

- d'autre part, quelques cas isolés, répartis de 0,95 g à 2 g.

Parmi les malades présentant une alcoolémie déjà remarquable, l'étude analytique nous montre qu'il existe :

- un certain nombre de cas où l'alcoolisme est avéré,

- un plus petit nombre où l'appoint est probable et en partie suspecté par l'alcoolémie.



... 40 ...

1) Malades alcooliques antérieurement connues pour alcoolisme.

Observation n°10

Madame Ha..., mariée, née en 1908, est envoyée par son médecin traitant pour : "Incurie et éthylisme chronique."

Admise le 4/1/57 à 13 heures, la malade est calme mais pleure tout l'après-midi.

Certificat de 24 heures (Docteur Neveu)

"Signes d'imprégnation, tremblements des doigts et de la langue. Mains chaudes et moites. Tendance dépressive."

Il n'a pas été fait d'alcoolémie lors de ce premier séjour.

Conduite du traitement :

Elle est améliorée par quelques électrochocs, lévopromazine p.o. : 75 mg/j avec augmentation jusqu'à 200 mg par jour, le sevrage et une cure de vitamines B et d'extraits hépatiques.

Certificat de quinzaine : (Docteur Neveu)

"Etat dépressif avec alcoolisme. Amélioration."

La malade sort au bout de 20 jours.

Elle est réadmise un an après

Amenée en pleurs à l'hôpital le 9/11/58 à 23 heures .  
"Aujourd'hui j'ai bu, mais je ne bois pas tous les jours"  
dit-elle.

L'alcoolémie montre un chiffre élevé à 1,06 g.  
Chez cette personne dont l'état physique s'est aggravé par rapport à son premier séjour, on remarque de nombreuses ecchymoses témoignant de réactions violentes avec l'entourage.



Le foie est petit et rétracté sous le rebord costal. Elle tremble et présente une hyperalgie à la pression des mollets. La malade est dépressive, hyperémotive et fait preuve de sensiblerie.

#### Conduite du traitement

En même temps que la désintoxication : une cure de vitamines B et d'extraits hépatiques, est institué un traitement à la lévopromazine avec des doses identiques à celles données au premier séjour.

Très améliorée, elle sort un mois et demi plus tard.



Observation n° 11

Madame Ze... Angèle née en 1905, 1,61 m, 70 kg, veuve, sans enfant, est envoyée dans le service pour "Troubles mentaux chez une alcoolique."

Admise le 18/5/58, la malade pleure tout l'après-midi. A l'examen : "On est en présence d'une alcoolique avérée, se plaignant de douleurs multiples, de brûlures à la plante des pieds, d'hyperalgie à la pression des mollets, faciès carminé, petit foie, subictère des conjonctives." (Certificat de 24 h du Docteur Neveu).

Cette malade arrivée en état d'ivresse (alcoolémie à 1,95 g) subit une désintoxication avec vitamines B1 - B6 et extraits hépatiques ainsi qu'une cure de déconditionnement.

Elle sort le 7/7/58 très améliorée par ces deux mois de traitement.

Le contact nécessaire pour parfaire la cure est perdu. Sept ans après, elle nous est renvoyée par son médecin traitant pour "Etat dépressif". La malade est dans un état physique médiocre, elle vit seule, ne s'alimente plus, n'a plus goût à rien.

Une nouvelle cure de désintoxication est entreprise. La malade sort contre avis médical après cinq mois de traitement.

Commentaires :

Les deux observations précédentes nous montre la juxtaposition d'un état d'alcoolisme chronique grave et d'épisodes dépressifs réapparaissant lorsque les malades se remettent à boire. On est en droit de se demander si l'alcool n'a pas un rôle aggravant, voire même déclanchant dans ces dépressions.



Observation n° 12

Madame Sc... née en 1935 est envoyéé par son médecin pour "Dépression. Elle ne mange plus, ne dort plus, n'a plus goût à la vie, veut se jeter par la fenêtre."

Antécédents : la malade s'est mise à boire depuis un an.

A l'admission le 8/10/60, elle paraît très déprimée, mais proteste avec véhémence contre son internement.

Le certificat de 24 heures (Docteur Neveu)

"Depuis une intervention chirurgicale pour kyste de l'ovaire, présente des angoisses avec impression de mort imminente ; ses accès d'anxiété surviennent dans la solitude, recherche alors de la compagnie et fait des excès de bière. Névrose d'angoisse avec alcoolisme."

C'est depuis quelques mois que les troubles se sont accentués. Consciente de son alcoolisme, elle demande à être traitée.

Examens complémentaires

L'alcoolémie d'entrée est à 0,98 g/litre.

Les tests hépatiques sont perturbés ++ :

gros : 1,87 (normal supérieur à 2)

céthyltriméthylamonium : 65 (normal inférieur à 15)

sulfate de zinc : 54 (normal entre 15 et 35)

rouge colloïdal +++ (normal négatif)

L'examen physique montre entre autre un gros foie, un tremblement de la langue et des doigts, un faciès atone.

Conduite du traitement :

halopéridol : 2,5 mg/j pendant 13 jours.

vitamines B1 - B6 et extraits hépatiques pendant deux mois.



Après déconditionnement et désintoxication, elle sort le 14/3/60 après deux mois d'hospitalisation.

Commentaires :

A l'origine de l'alcoolisme, il semble qu'il y ait une névrose d'angoisse et comme le dit la malade, c'est pour dissoudre cette angoisse qu'elle s'est mise à boire. Toutefois, sous l'influence de l'alcool, les troubles névrotiques semblent s'être accrus et chargés d'une composante dépressive qui n'existait pas au début.

Malgré la désintoxication, cette malade reviendra en 1961, donc trois ans après, dans un état grave de psychopolynévrite d'évolution grave avec impotence totale, amyotrophie, hyperesthésie, algie diffuse, marche impossible, amnésie de fixation, fabulation compensatrice, désorientation temporo-spatiale, dégradation somatique impressionnante.



Observation n° 13

Madame Kl... Joséphine née en 1919, célibataire est envoyée par son médecin traitant qui déclare dans son certificat :  
"Cette malade est en pleine phase dépressive."

Antécédents : la malade est une alcoolique déjà désintoxiquée un an auparavant dans un centre hospitalier régional

Admise le 17/5/58, la malade est calme mais sent l'alcool.  
L'alcoolémie d'entrée est à 1,95 g ‰  
légère hypoglycémie à 0,75 g.  
Urée et protidogramme normaux.

Après s'être abstenue plusieurs années, elle avoue avoir recommencé à boire au cours d'un état dépressif.

Certificat de quinzaine :

"Alcoolisme, dypsomanie. Eléments dépressifs ayant motivé le comportement dypsomaniacal."

Améliorée sous traitement : extraits hépatiques, vitamines B1 - B6, elle sort le 16/6/58.

Commentaire :

Comme dans l'observation précédente, il existe un important facteur névrotique dans la détermination de l'alcoolisme.



## 2) Dépressions avec appoint alcoolique probable

### Observation n° 14

Madame Gl... née en 1901 a fait l'objet de 4 séjours successifs pour dépression.

#### Histoire de la maladie :

##### 1° séjour débute le 17/4/57

Très abattue et déprimée, elle se plaint d'une grande faiblesse et d'une perte de l'appétit.

L'examen clinique met en évidence un asthme. Le foie est normal, il n'y a pas de signes d'imprégnation. L'alcoolémie n'avait pas été faite à l'entrée. Après quelques séances d'électronarcose et un traitement au méprobamate, elle sort très améliorée au bout d'un mois et demi.

##### 2° séjour le 5/11/58

Six mois après sa première hospitalisation, la malade nous est renvoyée pour tableau identique :

"Etat dépressif avec asthénie, tristesse, ennui." (Docteur Neveu)

L'alcoolémie d'entrée montre 1,23 g, ce qui semble prouver qu'elle avait fait quelques abus de boissons. Les examens complémentaires ne montrent pas d'atteinte hépatique (tests hépatiques et protidogramme sont normaux).

L'examen clinique est négatif, tout au plus existe-t-il un léger tremblement de la langue.

Un traitement est institué : lévopromazine 75 mg/j, une série de 5 électrochocs, vitamines B et extraits hépatiques.

L'état mental de la malade étant redevenu normal, elle sort au bout d'un mois et demi.



3° séjour le 13/5/59

Nouvel épisode dépressif regressant sous le même traitement. La malade sort au bout d'un mois et demi. Il n'a pas été fait d'alcoolémie au cours de ce séjour.

4° séjour le 23/3/60 : récurrence de l'état dépressif.

On met en évidence cette fois de petits signes évoquant l'alcoolisme (tremblements de la langue et des doigts, hyperhydrose palmo-plantaire).

L'alcoolémie d'entrée à 0,20 g n'est pas significative.

Le traitement par électrochocs et lévopromazine est à nouveau institué. La malade sort le 2/7/60.

Commentaire :

Il existe une juxtaposition : état dépressif - imprégnation légère, mais il est impossible d'établir ici une corrélation entre les deux éléments.



### En conclusion

Intérêt de l'alcoolémie dans les états dépressifs.

a) Chez les alcooliques avérées :

L'alcoolémie peut montrer un état d'imprégnation. Dans les observations 10 et 11, l'alcoolisme est lié aux états dépressifs qui réapparaissent lorsque les malades se remettent à boire. On est en droit de se demander si l'alcool n'a pas un rôle déclanchant ou aggravant (observations n° 12 et 13), mais on ne peut conclure avec assurance car il est toujours permis de penser que c'est à l'occasion d'un état dépressif que la malade s'est mise à boire, d'autant que ces états dépressifs liés à l'alcoolisme sont en relative petite quantité.

b) Dans les cas où l'on ne suspecte pas l'imprégnation,

L'alcoolémie est intéressante par sa valeur d'orientation qui permet de suspecter un appoint alcoolique.



## LES ACCES DE DEPRESSION MELANCOLIQUE

Nous avons relevé 90 cas d'accès mélancolique symptomatique de la psychose maniaco-dépressive, ce qui représente 9 % du total des entrées.

### Examen de la répartition (figure 7)

- la médiane est à 0,20 g
- le mode est compris dans la classe 0,10 - 0,15
- la moyenne est de 0,27 g ‰

### Résultats (pourcentages en fonction des cas de mélancolie)

| Alcoolémies                          | Nbre de cas | Pourcentages |
|--------------------------------------|-------------|--------------|
| Nulles                               | 4           | 4,5 %        |
| 0,10 à 0,15<br>fréquence maximum     | 17          | 18,5 %       |
| inférieures à 0,15 g                 | 32          | 35,5 %       |
| supérieures à 0,15 g                 | 58          | 64,5 %       |
| supérieures à 0,50 g<br>(0,50 à 1 g) | 11          | 12 %         |

Les alcoolémies des accès mélancoliques sont groupées et il existe une faible proportion de malades alcoolisées au-dessus de 0,50 g / litre. Parmi ces cas, l'examen individuel ne nous a pas permis de voir de rapport entre l'alcoolisation et le déclenchement de l'accès mélancolique. Les malades ayant en dessus de 0,50 g sont toutes venues à plusieurs reprises et nous n'avons jamais trouvé la constance de forte alcoolémie aux entrées successives permettant d'évoquer une quelconque relation entre récurrence et alcoolisa-



Nombre de Cas

ACCES MELANCOLIQUES (figure 7)

20

10

0,50 g

1 g

1,50 g

Alcoolémies





tion. Nous rapporterons la seule observation chez qui nous avons relevé deux alcoolémies au-dessus de 0,50 g / litre.

Observation n° 15

Madame De... née en 1918, mariée, 2 enfants.

Histoire de la maladie :

1<sup>er</sup> séjour, la malade est envoyée le 19/4/60 par son médecin traitant pour "Dépression mélancolique", elle ne mange plus, se lamente, se croit ruinée, dit ne plus rien avoir pour habiller ses enfants."

Admise dans l'après-midi, la malade parle, gémit, vient au réfectoire chercher sa mère, va d'une malade à l'autre pour trouver une ressemblance, fait de grands discours : "Laissez moi, je veux rentrer, j'ai deux enfants", elle se jette à terre, se déshabille, refuse les aliments aux moments des repas, fait le signe de la croix sur la nourriture, grimpe sur les tables, marche à quatre pattes, démonte les lits dans les chambres. On doit lui faire une injection de chlorpromazine.

Le certificat de 24 heures du Docteur Neveu :  
"Etat mélancolique avec tristesse, pleures, gémissements, anxiété, fatigue apparue depuis plusieurs semaines."  
L'examen clinique ne montre qu'un corps thyroïde un peu gros. Il n'y a pas d'atteinte hépatique révélée par les examens complémentaires, par contre l'alcoolémie d'entrée est à 0,83g.

La malade est soumise à la sismothérapie et reçoit lévomépromazine et chlorpromazine.

L'examen à la quinzaine confirme la dépression mélancolique améliorée par la thérapeutique ; il persiste anxiété, expression d'inquiétude, difficulté d'évocation des souvenirs, bradypsychie et inhibition. L'amélioration se poursuit et la malade sort calme et souriante le 1/11/60.



2° séjour le 10/8/60, la malade est envoyée pour "Rechute de ses troubles psychiques". Il y a dix jours, la malade s'est couchée sans force, sans courage et sans appétit.

A l'admission, la malade est calme. A l'examen, on constate une récidive de la dépression mélancolique. L'alcoolémie d'entrée est à 0,57 g ‰.

Mise cette fois à l'imipramine, son état s'améliore et elle sort au bout de trois mois.

3° séjour du 7/6/61 au 6/8/61

On note une alcoolémie à 0,10 g et un tableau identique.

4° séjour du 12/9/62 au 9/12/62 : tableau identique.

Commentaire :

Il s'agit d'une psychose périodique,

- sans signe d'imprégnation éthylique chronique,

- chez qui, deux fois, on a remarqué une alcoolémie d'entrée supérieure à 0,50 g.

Nous remarquons, mais peut-être n'est-ce là qu'une coïncidence, que chez cette mélancolique présentant des accès itératifs, l'anxiété s'est accompagnée d'agitation psychomotrice particulièrement intense lors de sa première admission, précisément celle où l'alcoolémie a été la plus élevée. L'alcool agit peut-être ici comme un facteur aggravant de la psychose.



## LES MANIES

Nous examinerons dans ce paragraphe les accès maniaques et les états mixtes se rattachant à la psychose maniaco-dépressive de Kroeplin. Nous en avons relevé 86 cas soit 8,3 % du total des entrées, dont 4 états mixtes.

### Examen de la répartition (figure 8)

- Dans ce groupe, les alcoolémies se répartissent de 0 à 1 g ‰.

- Médiane : 0,20 g

- Mode situé dans l'intervalle 0,15 - 0,20 g

- Moyenne : 0,26 g

### Résultats

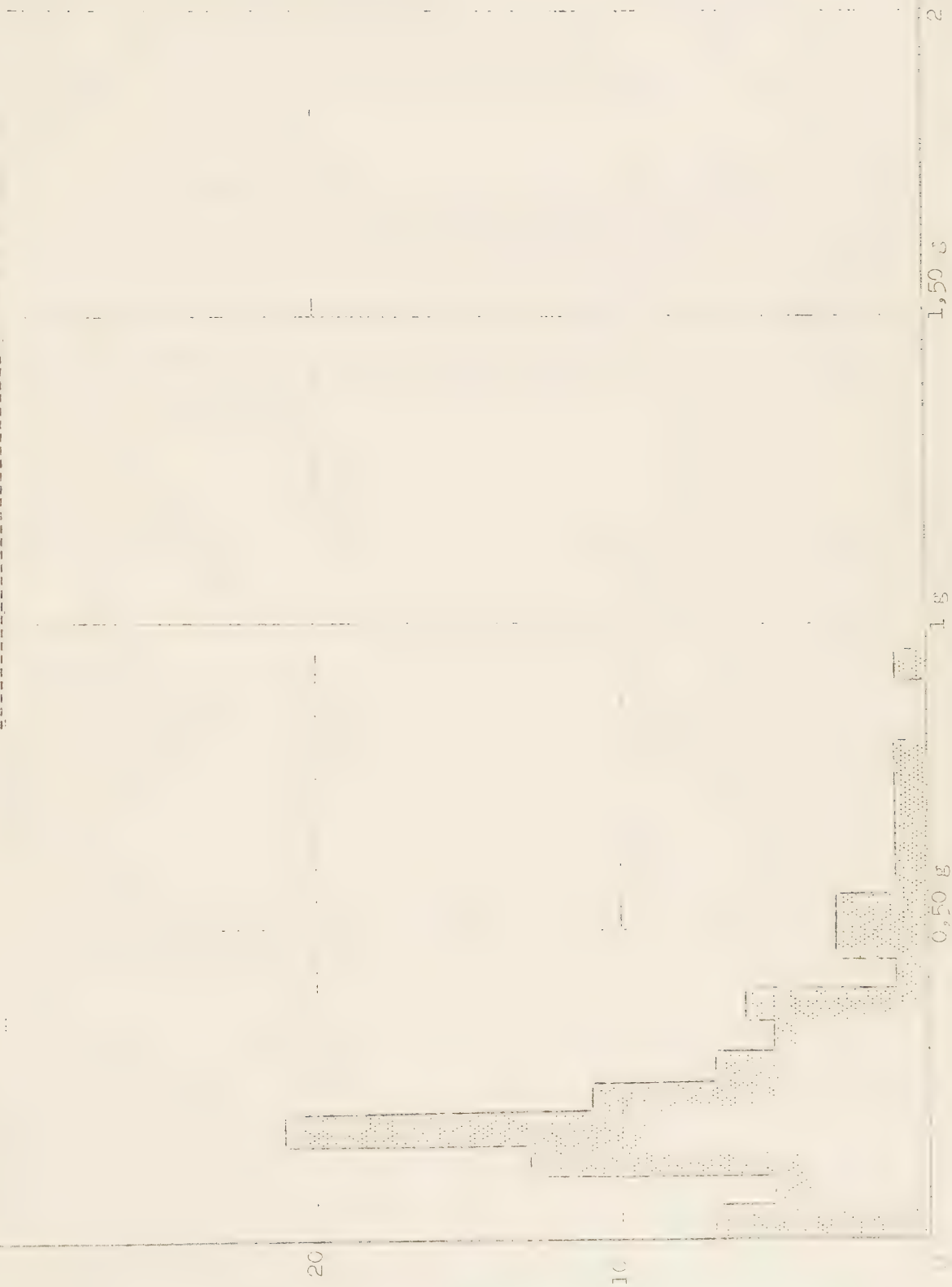
| Alcoolémies                        | Nbre de cas | Pourcentages |
|------------------------------------|-------------|--------------|
| Nulles                             | 7           | 8,1 %        |
| 0,15 à 0,20 g<br>fréquence maximum | 30          | 20 %         |
| au-dessous de 0,20 g               | 46          | 53,5 %       |
| au-dessus de 0,20 g                | 40          | 46,5 %       |
| supérieures à 0,50 g               | 8           | 9,3 %        |

Donc, dans leur ensemble, les accès maniaques sont peu alcoolisés. Les huit malades ayant eu une alcoolémie supérieure à 0,50 g ont été l'objet de plusieurs séjours et nous n'avons pas vérifié une seule fois la constance d'alcoolémie élevée aux admissions successives. Par conséquent, comme pour les accès de dépression mélancolique, les états maniaques dans



^ Nombre de Cas

ACCES MANJAQUES (figure 8)





leur ensemble sont peu alcoolisés et ne paraissent pas lors de cette étude déclanchés par l'alcool, nous n'avons pas mis en évidence de corrélation entre alcoolisation et début de psychose.

Toutefois, une restriction s'impose car nous avons relevé un petit groupe de quatre malades que nous n'avons pas inclu dans la série précédente et qui ont présenté au cours de l'évolution de leur psychose un ou plusieurs accès d'excitation psychique de type maniaque semblant influencés comme nous allons le voir par l'ingestion immodérée d'alcool.



Observation n° 16

Madame Fo... née en 1929, mariée, 3 enfants, 1,63 m, 60 kg, est envoyée à l'hôpital psychiatrique à la suite d'une "Crise de folie furieuse". Le médecin certificateur rapporte qu'elle a tout cassé dans la pièce, qu'elle pousse des hurlements, dit des obscénités. Ce serait une alcoolique qui aurait bu aujourd'hui deux litres de vin rouge.

Admise à minuit le 11/6/64, elle est bruyante, récrimine contre son mari et son frère, se laisse tomber à terre, implore les saints, ne dort pas de la nuit, est agressive, menace de jeter des pots de fleurs à la tête des infirmières.

Certificat de 24 heures (Docteur Neveu)

"Accès maniaque avec expansivité, mobilité de l'humeur, idées délirantes non systématisées à thème mystique, érotisme, **plaintes** au sujet du comportement sexuel insuffisant de son mari."

L'examen clinique nous montre des signes d'imprégnation éthylique chronique : achilléens et cutanés abdominaux faibles, hyperesthésie, hyperalgie à la pression des mollets, tremblements des doigts et de la langue, foie débordant de deux travers de doigt. Pendant l'examen, la malade se met à faire des signes de croix. "Pourquoi faites-vous cela ?"

"Je ne sais pas, j'ai tellement l'habitude, c'est mon histoire de divorce qui me tracasse à cause des enfants..." répond-elle.

La malade reconnaît boire vin, bière, café :

"Quand je reçois, je prends trois ou quatre verres et cela suffit à me rendre méchante et à me tourner la tête."

Examens complémentaires :

L'alcoolémie d'entrée montre 0,98 g / litre.

Urée et glycémie normales.



Conduite du traitement et évolution :

Sous l'influence de l'halopéridol i.m. : 10 mg/j pendant 12 jours puis de la prochlorpémazine à doses croissantes de 30 à 60 mg/j, l'amélioration clinique est rapide et la malade est sortante au bout d'un mois d'hospitalisation avec le certificat suivant (Docteur Neveu) :

"A présenté un accès d'excitation maniaque accompagné de phénomènes délirants oniroïdes. Excès alcooliques avoués."

Commentaires :

Nous sommes ici devant le cas d'une personne qui a présenté un état d'excitation de type maniaque accompagné d'idées délirantes de structure paranoïde. Elle semble avoir eu des états oniroïdes qu'elle qualifie de surconscience au cours desquels toutes sortes de pensées l'assaillent.

Les excès d'alcool démontrés par l'alcoolémie sont avoués. La malade invoque un mécanisme de compensation : c'est parce que son mari la laisse insatisfaite sur le plan sexuel et de surcroît la quitte le dimanche pour jouer de la musique dans les bals qu'elle s'adonne à la boisson.

L'alcool paraît avoir été, dans ce cas, un élément sinon déclanchant, du moins aggravant de l'accès d'excitation qu'elle a présenté.



Observation n° 17

Madame Th... née en 1921, mariée, deux filles, a été l'objet de cinq séjours entre 1954 et 1964.

Histoire de la maladie :

1° admission le 28/7/54, la malade présente un tableau de bouffée délirante polymorphe à teinte fortement maniaque avec hallucinations cénesthésiques, visuelles et auditives. La Sainte Vierge lui est apparue et s'est entretenue avec elle. Pour que ses deux filles de onze ans ne soient pas violées, elle veut les marier.

Il n'a pas été fait d'alcoolémie lors de ce séjour. L'examen clinique est normal.

Traitée par sismothérapie et chlorpromazine à raison de 400 mg/j, la malade sort le 5/9/54.

2° admission le 13/3/55, nouvelle bouffée délirante polymorphe à teinte maniaque et à thème érotique, la malade améliorée sous traitement identique au précédent, sort le 4/8/55.

3° admission le 5/8/56, nouveau tableau de bouffée délirante : un jeune homme abuse d'elle par la pensée et la correspondance. Elle ressent les mêmes satisfactions qu'avec son mari. Il semble donc exister des hallucinations génitales.

Elle est traitée par électrochocs et chlorpromazine et prochlorpémazine.

4° admission le 12/3/61 à 23 heures.

La malade parle beaucoup. Certificat de 24 heures : "Présente une excitation psychique avec volubilité et tendance à la gesticulation." (Docteur Neveu)



Affectant une amabilité excessive, elle parle haut et exprime son contentement de nous voir. Elle raconte que des incidents ont éclaté la veille, dimanche ; elle s'est disputée avec son mari qui a pris peur, car elle a dit à son futur gendre "en plaisantant" : "S'il ne change pas, je prendrai un couteau". Maintenant, elle pense que cela n'a pas de sens : "Je ne veux pas perdre mon âme pour lui."

La malade est jalouse d'une femme qui vient travailler chez elle. Elle a cru comprendre, à la façon dont elle était habillée, qu'elle avait été la maîtresse de son mari pendant ses précédents internements.

L'examen physique ne décèle pas de signes d'alcoolisme chronique. On remarque une alcoolémie d'entrée à 0,78 g, urée et glycémie normales.

La malade est traitée par :

halopéridol i.m. : 5 mg/j pendant 12 jours.  
puis chlorpromazine : 60 mg/j pendant une semaine et  
180 mg/j pendant 15 jours  
ensuite, prochlorpémazine : 20 mg/j pendant un mois  
enfin, halopéridol p.o. : 1 mg/j

Rapidement améliorée sous l'action de ce traitement, elle sort au bout de trois mois.

5° admission trois ans plus tard

Elle est à nouveau renvoyée dans le service pour "Confusion, hallucinations". Admise le 19/2/64, à 15 heures, accompagnée de son mari, elle déclame : "Je veux divorcer, je n'ai pas d'argent puisqu'il ne m'en laisse pas, regardez comme je suis habillée !..."

Certificat de 24 heures (Docteur Neveu):

"Accès maniaque avec mobilité de l'humeur, passage rapide du rire aux larmes, regrets teintés d'érotisme à l'évocation



de son pays natal." Elle dit : "J'aurais mieux fait de me pendre que de quitter ma Bretagne, j'aurais mieux fait d'épouser mon fiancé breton qu'un lorrain..." Elle devient érotique dans ses propos puis chante : "Qu'elle était belle ma Bretagne..."

L'examen physique est normal, pas de signes d'alcoolisme chronique mais une alcoolémie d'entrée à 0,59 g. Interrogée sur ce sujet, elle reconnaît avoir fait quelques excès : "J'avais juste bu un petit verre de trop la veille, c'est ce qui m'a tourné la tête et excitée."

Un traitement est institué :

halopéridol i.m. : 3,75 mg/j pendant 10 jours  
prochlorpémazine : 20 mg/j pendant 10 jours  
puis, halopéridol : 6 mg/j  
associé à la prochlorpémazine ) pendant un mois  
enfin, (largactil, phénergan, eunoctal) n° 2 pendant les deux derniers mois.

Rapidement calmée, la malade sort après un séjour de 4 mois.

Commentaires :

Cette malade, objet de cinq hospitalisations, a présenté à chaque fois, un tableau de bouffée délirante à teinte fortement maniaque. Lors des trois premiers séjours, il n'avait pas été fait d'alcoolémie, mais les chiffres trouvés par la suite témoignent d'un état d'intoxication éthylique insoupçonné et la concomitance avec le début de chaque accès d'une alcoolémie déjà remarquable, ne manque pas d'évoquer la possibilité d'une relation de cause à effet entre la prise immodérée d'alcool et la recrudescence des signes psychiatriques. La malade, elle-même, a remarqué que l'alcool lui est néfaste et provoque un état d'excitation psychomotrice.



Observation n° 18

Madame To..., objet de 8 séjours entre 1956 et 1966, née en 1917, divorcée, sans enfant.

Histoire de la maladie :

1° séjour le 22/8/59, elle est adressée pour la première fois dans le service par son médecin traitant pour "Comportement dangereux."

Certificat de 24 heures (Docteur Neveu) :

"Cette malade présente des idées délirantes de persécution accompagnant des hallucinations auditives et des sensations de brûlures multiples sur la peau. "

Elle pense que son mari, dont elle est séparée depuis trois ans, l'a certainement empoisonnée avec du radium et l'a brûlée avec un crayon d'argent. Elle demande protection contre les sévices dont elle se croit l'objet.

L'examen physique met en évidence des signes d'alcoolisme chronique; faciès vultueux, subictérique, conjonctives injectées, tremblements de la langue et des doigts, hyperhydrose palmo-plantaire, mais le foie est normal.

L'alcoolémie d'entrée à 0,86 g confirme l'imprégnation. Les tests hépatiques sont légèrement perturbés :

|                 |        |
|-----------------|--------|
| gros            | : 1,90 |
| céthyl          | : 23   |
| Mac Lagan       | : 10   |
| Thymol          | : +    |
| Kunkel          | : 20   |
| Zinc            | : 18   |
| Rouge Colloïdal | : +    |

Son état s'améliore rapidement sous l'influence du traitement suivant :



une série de 6 électrochocs,  
chlorpromazine en augmentation pendant 20 jours :  
de 60 à 1300 mg par jour.

puis prochlorpémazine : 20 mg/j en augmentation jusqu'à  
60 mg/j pendant 12 jours.

Elle subit ensuite une cure d'aversion pour l'alcool et sort  
le 15/11/59.

2° séjour le 29/5/61, un an après, nouvel internement  
pour "Récidive d'un délire de persécution avec phase d'exci-  
tation psycho-motrice importante."

A son admission, elle pleure, a peur de tout, deman-  
de un prêtre. Certificat de 24 heures (Docteur Neveu) :  
"Délire de persécution à thème atomique, a la conviction  
d'être condamnée à mort."

Un traitement est institué :  
5 électrochocs,  
chlorpromazine en augmentation de 60 à 1300 mg/j pendant  
20 jours  
puis prochlorpémazine à raison de 20 mg/j en augmentant  
jusqu'à 60 mg/j.

Plus calme, elle raconte les jours suivants qu'elle  
est persécutée par son ancien mari : " Il revient la nuit,  
rôde autour de la maison, se promène dans le grenier, tend  
des noeuds coulants, on retrouve sa trace partout."

Rapidement améliorée sous traitement, elle sort  
au bout de 2 mois.

3° séjour, la malade est ramenée trois mois après avec  
le certificat de son médecin traitant : "Etat d'agitation  
intense. Elle casse la vaisselle, brûle des objets de valeur,  
a des insomnies et quand elle dort, elle est agitée par des  
soubressauts."



A l'admission, le Docteur Neveu note que la malade présente un état d'excitation psychique et d'anxiété. Les thèmes de persécution ont changé et sont maintenant centrés sur son frère et sa mère. Elle les accuse de sévices de toutes sortes : sa mère répand du marc de café pour lui faire comprendre qu'elle est une sorcière, menace de la faire disparaître et la tyrannise.

L'alcoolémie d'entrée n'est qu'à 0,20 g, mais la famille nous apprend qu'elle a recommencé à boire. La psychose a donc récidivé.

L'amélioration est rapide sous traitement de :

5 électrochocs et thioridazine de 150 à 500 mg/j. Quinze jours après, elle est calme, lucide et rejette comme absurde ses idées de persécution. Elle sort le 26/1/62, après un séjour de 2 mois.

#### 4° séjour, deux mois après.

Nouvelle hospitalisation nécessitée par un état d'excitation psychique avec idées délirantes de persécution et d'influence : "Je suis victime de manoeuvres négrospirituels ou négrospiritousmus" de la part de son frère et de sa mère. On veut la forcer à "faire des choses qu'elle ne veut pas, manger ceci, boire cela." Elle s'exprime avec volubilité.

Ce nouvel accès est très rapidement regressif sous halopéridol i.m. : 5 mg/j pendant 14 jours.

puis i.m. : 2,5 mg/j pendant 15 jours

enfin p.o. : 2 mg/j

Elle est calmée à la quinzaine mais elle ne sort qu'au bout de deux mois

5° séjour le 27/5/62, sept jours après sa sortie elle revient à nouveau pour "Excitation psycho-motrice, crise



de larmes".

A l'entrée, elle déclare ne pas vouloir servir à des expériences. Elle dit que bientôt il y aura des explosions atomiques.

Certificat de 24 heures du Docteur Neveu :

"Etat de semi-mutisme avec larmes, elle ne donne aucune explication sur les faits ayant précédé son retour à l'hôpital. Il semble que dès sa sortie, elle ait recommencé à faire des excès alcooliques et causé du scandale au cours de ses ivresses tapageuses."

Son alcoolémie d'entrée à 0,41 g atteste qu'elle n'est pas restée sobre et elle-même nous expliquera ultérieurement qu'à la suite d'une ivresse, elle a eu une peur absurde de sa mère et de son frère. Elle avait l'impression qu'ils allaient lui faire du mal et l'empoisonner.

Extrait du certificat de la quinzaine : "A présenté à la suite d'une ivresse des réactions d'opposition violente pour son entourage."

Rapidement améliorée sous halopéridol à raison de 10 mg/j pendant 9 jours, puis 5 mg/j pendant 5 jours ; elle sort au bout de un mois et demi.

6° séjour, cinq mois après sa sortie avec un tableau identique régressif en quinze jours.

7° séjour le 25/3/63 : "Nouvel accès d'agitation. Elle menace son entourage avec un couteau."

Très excitée à l'admission, elle chante et parle politique : "J'ai bu quelques petits verres d'eau de vie en Allemagne, j'aime boire et personne ne m'en empêchera."

Certificat de 24 heures (Docteur Neveu) :

"Etat d'excitation psychique d'aspect maniaque avec déclamations et propos grandilocants, sthénie coléreuse, accès



maniaque à déclanchement ébrieux." Elle déclame : "Je veux la République, si l'on n'a pas la République, on aura l'international et si De Gaulle ne veut pas, tant pis pour lui... Je n'ai pas peur de l'empereur d'Allemagne, je n'ai pas peur du Pape, il y a au-dessus de lui une puissance bien plus forte qui s'appelle Dieu et Notre-Dame de Lourdes a pris l'arme à la main. Je n'ai plus peur, c'est fini maintenant, je ne veux plus de pilules, je ne veux plus de piqûres... Il faut que le régime de la terreur s'arrête... Je veux la paix et s'ils ne la veulent pas, ils auront la guerre. Mon frère m'a battue parce qu'ils me haïssent tous, mais je leur pardonne le mal qu'ils m'ont fait..."

L'alcoolémie ne montre que 0,36 g, mais on apprend, par la famille, que la malade a fait une ivresse quelques jours auparavant.

Traitée par halopéridol : 5 mg/j pendant 15 jours puis thioridazine 150 mg/j pendant 25 jours, la malade sort au bout de 40 jours.

8° séjour le 9/2/66, nouvel état à peu près identique avec une alcoolémie d'entrée à 0,50 g. Même amélioration en quelques jours sous halopéridol i.m. : 5 mg/j pendant 15 jours  
puis p.o. : 2 mg/j pendant 15 jours

La malade sort à la quinzaine avec le certificat suivant : "A présenté un état d'excitation psychique avec idées de persécution, plaintes, récriminations. Actuellement calme, lucide, ayant une présentation correcte, totalement différente de celle de l'entrée, peut sortir."

Commentaires : Cette longue observation ne manque pas d'évoquer le rôle déclanchant de l'alcool sur ces états d'excitation de type maniaque accompagnés d'épisodes délirants. Chaque ivresse est suivie d'une période d'exaltation psychique accompagnant un délire de persécution, le tout régressant en quelques jours.



Observation n° 19

Mademoiselle Odette Fo... née en 1933, célibataire, 1,64 m, 65 kg, a fait l'objet de 8 admissions.

Histoire de la maladie :

1° séjour le 9/12/57, elle est envoyée pour la première fois pour "Agitation intermittente, confusion, refus d'aliments."

L'examen des 24 heures ne montre plus ni confusion ni agitation, par contre, on note une hyperhydrose palmo-plantaire, des tremblements digitaux et de la langue qui témoignent d'une imprégnation chez cette femme, entraînée dans un établissement de débit de boissons et dont le B. W. est positif.

"Ne présentant aucun trouble pendant les 15 jours suivants, il semble qu'elle ait fait quelques excès alcooliques avant son admission." (Docteur Neveu)

Mais, ultérieurement, la malade présente, dans le service, des phases d'obtusion intellectuelle avec agitation et désordre des actes qui, associés aux tremblements de la langue et à une dysarthrie, ne manque pas d'évoquer un début de paralysie générale.

Traitée par chlorpromazine, lévomépromazine, prochlorpémazine et pénicilline, bismuth, la malade retrouve sa lucidité et sort le 8/5/58.

2° admission cinq mois après

"Elle revient présentant un tableau de bouffée délirante avec thèmes multiples de satisfaction et de richesse, accompagnée d'une excitation psychique." (Docteur Neveu)

Traitée par une série de 7 électrochocs, chlorpromazine : 75 mg/j, lévomépromazine, elle sort après un séjour de six mois.



3° séjour le 25/3/52, nouvelle admission.

Elle présente un accès hypomaniaque, pas de désorientation ni de délire. On note une excitation psychique avec tendance au bavardage.

Son état étant stabilisé sous chlorpromazine, électrochocs et lévomépromazine, elle sort au bout de six mois.

4° séjour quinze jours après.

Elle vient à nouveau à l'hôpital pour agitation psychomotrice, envoyée de l'hôpital de Metz.

A son admission, elle est confuse, logorrhéique, tient des propos incohérents, dit qu'elle est Carmen, pleure, rit, grimpe sur les radiateurs, casse des pots de fleurs.

Certificat de 24 heures du Docteur Neveu :  
"Accès d'agitation avec logorrhée, fuite des idées, propos décousus, humeur variable, expansive ou dépressive, désordre des actes, semble avoir fait des excès avant son hospitalisation à Metz. Présente des signes d'imprégnation."

Rapidement améliorée sous traitement, la malade nous déclare avoir bu de la bière en excès, confirmant ainsi notre impression clinique.

Redevenue calme et lucide, son état étant satisfaisant depuis un temps prolongé, elle sort six mois après son admission avec le certificat suivant (Docteur Neveu) :  
"A présenté un accès maniaque avec délire oniroïde, excès de boisson professionnel."

5° séjour, quatre jours après sa sortie

Elle nous revient le 28/9/60, toujours envoyée par le centre de Metz avec le diagnostic d'accès maniaque.

Certificat à l'admission (Docteur Neveu)



"Etat confusionnel, obtusion intellectuelle, propos décousus. Sortie il y a 4 jours, semble avoir fait des excès éthyliques, ce qui a favorisé le retour de ses troubles."

Une alcoolémie montrant 0,55 g, prouve qu'elle a fait une ivresse suivie d'un état confusionnel avec excitation de type maniaque.

Elle est mise aux électrochocs, lévomépromazine, thioridazine et trifluoropérazine. Passée en service libre au bout de trois mois, elle sort définitivement après six mois d'hospitalisation.

6° séjour, trois jours après sa sortie

L'hôpital de Metz la renvoie de nouveau dans un état d'obtusion intellectuelle avec agitation violente, vociférations, bris d'objets. L'alcoolémie est à 0,10 g, mais elle a fait un séjour à Metz de plus de 24 heures, ce qui rend l'examen sans valeur ; toutefois, il semble, d'après la famille, qu'elle ait bu dès sa sortie.

Après un long séjour de deux ans ayant nécessité une réintégration de cure libre en service fermé à la fin de la première année pour rechute, elle sort le 18/3/63.

7° séjour, quatre jours après

Elle nous est renvoyée par l'hôpital de Metz, elle a été ramassée sur la voie publique en train de dire des obscénités et de chanter.

Nous sommes devant le tableau habituel d'excitation psychique d'aspect maniaque avec propos incohérents, bavardages, érotisme.

"Sortie il y a 4 jours, alors qu'elle était bien depuis un temps prolongé, elle est revenue en phase d'excitation maniaque." (Docteur Neveu - certificat de 24 heures)



Certificat de quinzaine ( Docteur Neveu) :

"Redevenue rapidement lucide sous l'action de l'halopéridol, elle convient avoir absorbé de la bière dès sa sortie. Elle s'est rendue dans un café avec une amie, a bu de la bière, et s'est disputée avec celle-ci. Sa psychose apparaît comme partiellement psychogène, partiellement liée à la prise d'alcool."

Son état se stabilise, mais elle reste hospitalisée deux ans, période au cours de laquelle elle se montre lucide avec toutefois des épisodes passagers d'excitation.

Son état étant devenu satisfaisant sous trifluoropérazine : 10 mg/j et halopéridol p.o. : 3 mg/j, et son père acceptant de la reprendre, elle sort le 4/3/65.

8° séjour le 23/8/65

On nous la ramène une fois de plus présentant le même tableau d'agitation maniaque. On apprend qu'elle a repris ses habitudes d'intempérences.

Commentaires :

La psychose périodique dont est atteinte cette malade apparaît donc comme partiellement psychogène, partiellement liée à la prise d'alcool.

- partiellement psychogène car d'une part, la malade a eu des rechutes dans le service et d'autre part, il semble que le changement de milieu et en particulier le fait d'avoir à nouveau une activité sexuelle, redéclanche la psychose.

- partiellement liée à la prise d'alcool car chez elle, l'ivresse est suivie inmanquablement d'un accès d'excitation psychique d'aspect maniaque nécessitant un nouvel internement. Cette dernière affirmation ne peut être qu'une hypothèse car on peut objecter que c'est lors de la récurrence de la psychose que la malade a une conduite anormale et se met à boire.



### En conclusion

Au total, ces quatre observations sont intéressantes car elles témoignent du rôle néfaste de l'alcool dans le déclenchement ou la récurrence de certains cas de psychoses avec fond d'excitation psychique de type maniaque.

Compte tenu de l'ensemble de la population psychiatrique, elles ne représentent qu'une très faible proportion et on peut penser que l'alcool a un rôle aggravant ou déclenchant de telles psychoses seulement chez certaines personnes prédisposées.



LES DELIRES CHRONIQUES :

Nous avons groupé dans cette rubrique les délires paranoïaques, paranoïdes et paraphréniques. Ils représentent 205 cas, soit 20 % du total des entrantes.

Examen de la répartition :

Les alcoolémies d'entrée sont réparties entre 0 et 1,90 g

- la médiane est située entre 0,15 et 0,20 g,
- le mode est situé entre 0,15 et 0,20 g
- la moyenne est de 0,24 g / litre.

Résultats (pourcentages en fonction des cas de délires)

| Alcoolémies                        | Nbre de cas | Pourcentages |
|------------------------------------|-------------|--------------|
| nulles                             | 15          | 7 %          |
| 0,15 à 0,20 g<br>fréquence maximum | 40          | 19,5 %       |
| inférieures à 0,20 g               | 99          | 48,3 %       |
| supérieures à 0,20 g               | 106         | 51,7 %       |
| supérieures à 0,50 g               | 16          | 7,8 %        |
| 0,50 à 1 g                         | 14          | 6,8 %        |
| 1 g à 1,50 g                       | 1           | 0,50 %       |
| 1,50 à 2 g                         | 1           | 0,50 %       |

L'histogramme et la répartition mettent en évidence à côté d'un groupe homogène situé entre 0 et 0,60 g, 7 cas

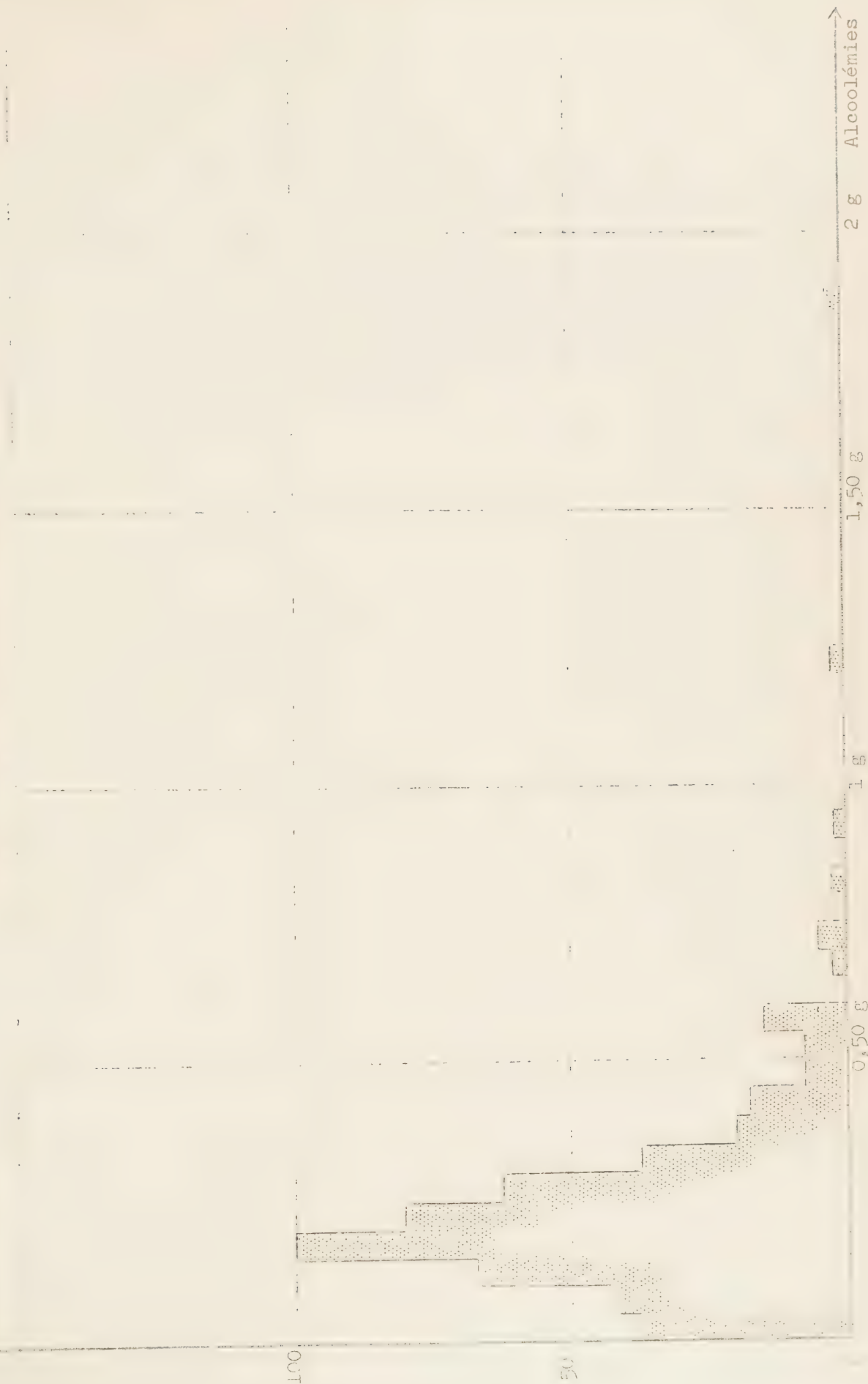


DELIRES CHRONIQUES (figure 10)

Nombre de Cas

100

50



2 g Alcoolémies

1,50 g

1 g

0,50 g



de délires chroniques ayant des alcoolémies de 0,65 g à 1,80 g. L'étude analytique de ces 7 cas ne nous a montré qu'un cas de délire chronique avec alcoolémie élevée. Nous le rapporterons, mais il est à remarquer que dans ce groupe peuvent également être classées certaines de nos observations précédentes que nous avons exposées dans le paragraphe des manies car, associée au délire existait au premier plan une forte excitation psycho-motrice à teinte maniaque.



Observation n° 20

Madame Me... née en 1900, 1,53 m, 61 kg, est envoyée par son médecin traitant pour délire de persécution. Trouvée à la terrasse d'un café, elle troublait l'ordre public et invectivait les passants. Admise le 1/9/61 à 14 heures, elle est calme et obéit aux ordres des infirmières.

Certificat de 24 heures du Docteur Neveu :

"Délire hallucinatoire de persécution dont l'évolution semble dater de 4 ans, les phénomènes sont devenus plus intenses depuis deux mois."

La malade à l'impression de recevoir des piqûres et des brûlures qu'elle attribue à des fils électriques qui sont lancés par ses ennemis. Constamment épiée chez elle, aucun de ses actes ne leur échappent. Elle dit : "Je les ai tous vus, ils m'ont dit tu vas crever, ils mettent quelque chose dans le manger et ça a un drôle de goût."

Lorsqu'on lui demande s'il en mettent dans la bière, elle répond : "Je ne sais pas, moi je bois du vin et je n'ai rien remarqué de ce côté là ; c'est plutôt dans les yeux et dans les oreilles. Moi, je deviens folle... ce sont des espions qui ont dit à la police : tout tuer pour de l'argent, mais que me veulent-ils, moi qui n'en ai pas ! Quand je rentre chez moi, ils ont fouillé partout, le tiroir est ouvert, les papiers traînent... et quand je suis chez moi et que je prends mon café, ou que je m'habille, ils me regardent et savent ce que je fais."

La systématisation de ce délire est faible, il existe des idées de persécution alimentées par des interprétations et des hallucinations cénesthésiques et gustatives.

Examens complémentaires :

L'alcoolémie d'entrée est à 1,90 g et il existe



chez cette malade, de gros signes d'alcoolisme chronique :  
tremblements des doigts et de la langue, hyperalgie à la pression des mollets, achilléens abolis, cauchemards zoopsiques.

Urée et glycémie normales, protides sanguins abaissés (66 g). Le foie est normal.

Conduite du traitement :

une série de six électrochocs,  
prochlorpémazine p.o. : 30 mg/j en augmentant jusqu'à  
100 mg/j puis décroissance jusqu'à  
30 mg/j sur un mois.  
enfin, entretien p.o. 30 mg/j pendant un mois.

Certificat de quinzaine (Docteur Neveu):

"Délire hallucinatoire chronique évoluant chez une alcoolique."

L'amélioration sous traitement permettra à la malade de sortir au bout de deux mois.

Commentaire :

Dans ce délire chronique, l'alcoolisme est évident cliniquement et l'alcoolémie élevée en apporte une preuve supplémentaire. On est en droit de se demander si l'alcool n'a pas un rôle dans la genèse de ce délire.



## LES SCHIZOPHRENIES

Elles forment un groupe de 66 cas soit 6 % de l'ensemble des entrantes, mais nous ne rapportons ici que les malades dont le diagnostic est certain, affirmé par l'évolution clinique.

### Examen de la répartition

Elles se répartissent de 0 à 0,60 g.

- la médiane est située entre 0,15 et 0,20 g (près de 0,20)
- le mode est situé entre 0,15 et 0,20 g
- la moyenne est de 0,22 g.

Les résultats (pourcentages en fonction des cas de schizophrénies)

| Alcoolémies                        | Nbre de cas | Pourcentages |
|------------------------------------|-------------|--------------|
| nulles                             | 3           | 4,5 %        |
| 0,15 à 0,20 g<br>fréquence maximum | 16          | 24,2 %       |
| supérieures à 0,50 g               | 5           | 7,5 %        |

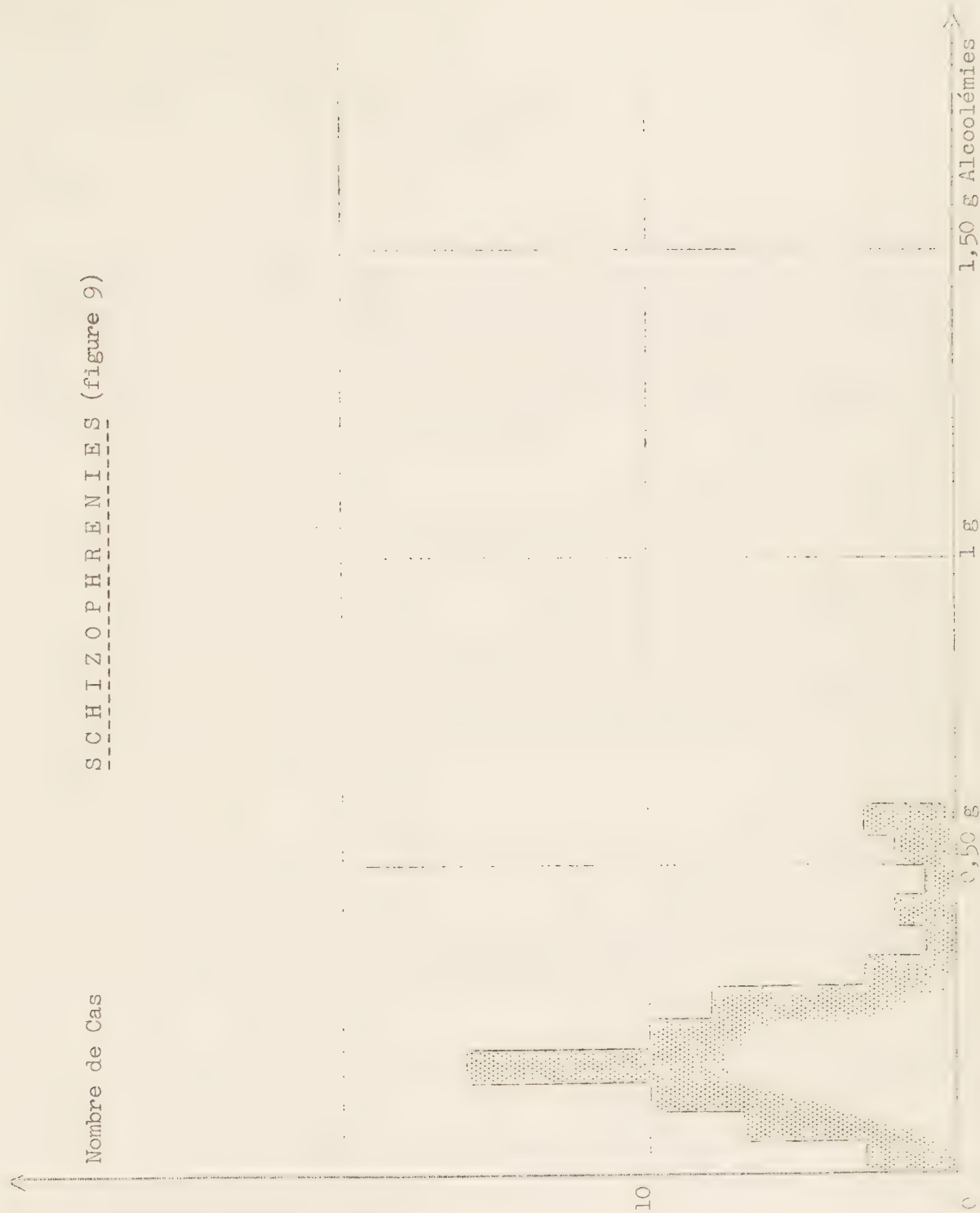
L'étude analytique nous montre qu'aucun d'entre eux ne présente de forte alcoolémie qui puisse être prise en considération. Il s'agit de malades admises plusieurs fois et qui n'ont présenté qu'une seule alcoolémie d'entrée entre 0,50 et 0,60 g, donc peu significative.

Il ne nous a pas été possible de mettre en évidence une corrélation entre alcoolisation et déclenchement ou aggravation des accès évolutifs de la schizophrénie.

Autre constatation, les schizophrènes sont peu alcoolisées, une seule malade présente, dans ce groupe, un état d'alcoolisme chronique.



# SCHIZOPHRENIES (figure 9)





## C O N C L U S I O N

Le dosage systématique de l'alcoolémie à l'admission dans un hôpital psychiatrique est un examen intéressant et utile. Effectué à Lorient, sur l'initiative du Docteur Neveu, chez plus de 1000 entrantes, il nous a permis d'établir une statistique de l'alcoolisation chez des femmes internées pour troubles mentaux et désintoxication:

1) 1/5 de l'effectif total des entrantes est composé d'alcooliques connues ou cliniquement évidentes.

2) Dans les 4/5 restants, 8 % des malades se sont révélées avoir une alcoolémie supérieure à 0,50 g/litre. Il existe donc une proportion non négligeable d'entrantes chez qui l'alcoolémie permet de déceler un état d'imprégnation insoupçonnée.

Dans l'étude analytique, les alcoolémies élevées nous ont permis dans un certain nombre de cas :

1) de rapporter un trouble très passager du comportement à un état d'ivresse pathologique.

2) d'attirer notre attention sur l'apport d'alcool dans les psychoses et sur le rôle qu'il tient dans leur genèse.

- Certaines d'entre elles sont alcooliques et l'alcoolémie n'est intervenue que pour confirmer un diagnostic cliniquement évident.

.. Nous avons également remarqué un certain nombre de cas de psychoses aiguës ou subaiguës dont l'étiologie n'est pas classiquement rattachée à l'alcoolisme, mais dont le déclenchement nous a paru en partie favorisé par l'ingestion d'alcool décelée par le dosage à l'entrée à l'hôpital psychiatrique.



Vu, le Président de Thèse,

Léon MICHAUX

Vu, le DOYEN,  
Pour le Doyen  
l'Assesseur,

D. BARGETON

Vu, et permis d'imprimer

Le RECTEUR  
de l'Académie de Paris,

J. ROCHE



## BIBLIOGRAPHIE

---

- BAR, FONTAINE, MULLER  
Alcoolisme aigu dans les crimes et délits.  
(Revue de l'alcoolisme 7 n°3 - 1962)
- BOARD  
Contribution à l'étude des états dépressifs en service  
psychiatrique fermé. (Thèse Lyon - 1960)
- CASIER et DELAUNOIS  
Intoxication par l'alcool éthylique  
(Médecine et biologie Masson - 1947)
- J. de COGNET  
Alcoolémie et alcool-test après absorption de quantités  
déterminées d'alcool.  
(Revue de l'alcoolisme 7 n° 4 - 1961)
- G. DESHAIE  
L'alcoolisme de la femme  
(Revue de l'alcoolisme 9 n° 4 - 1963)
- ESCOUROLLE  
Le syndrome mélancolique (encéphale tome 46 n°1 - 1957)
- EY, BERNARD, BRISSET  
(Manuel de psychiatrie 2° édition 1963)
- FOLLIN  
Séméiologie des états dépressifs  
(Revue du praticien tome XIII, n° 25 du 1/10/60)
- FONTAN  
Alcoolisme féminin  
(Revue du praticien tome XIV, n° 4, février 1964)



- FONTAN

Considérations sur des femmes alcooliques hospitalisées  
dans un centre d'alcoolisme féminin.

(Revue de l'alcoolisme 9, n°4 - 1963)

- LAMPERIERE

Les dépressions psychogènes (Revue du praticien tome XIII)

- LEDERMANN Sully

Alcool, alcoolisme, alcoolisation

(Presses universitaires 1956)

- LEREBoullet

Désintoxication alcoolique dans un service de neuro-  
psychiatrie (Revue de l'alcoolisme 11 n°4 - 1965)

- LEREBoullet, AMSTUTZ, BIRABEN, LELUC

Dosage de l'alcool dans l'air expiré et alcoolémie.

(Revue de l'alcoolisme 7 n°2 - 1961)

- LEREBoullet, AMSTUTZ, BIRABEN

Expérience de l'alcoolisme féminin

(Revue de l'alcoolisme 9 n°4, février 1963)

- LEREBoullet, LELUC

Absorption et diffusion de l'alcool

(Revue du praticien tome XIV, n°4 - 1964)

- LEREBoullet

QU'est-ce que l'alcoolisme ?

(Revue du praticien tome XIV n°4, février 1964)

- NACHIN

L'alcoolisme féminin (Revue de l'alcoolisme 9 n°4 - 1963)

- NACHIN

Investigations préliminaires à une étude scientifique  
de l'alcoolisme chronique (Imprimerie lyonnaise 1957)



- NEVEU Paul  
Délires chroniques des alcooliques, essais cliniques et pathologiques (librairie Arnette 1941)
- PERRIN  
La tolérance à l'alcool  
(Revue de l'alcoolisme 11 n° 1 - 1965)
- PERRIN  
Les causes psychiques du comportement alcoolique et de l'alcoolomanie. (Revue de l'alcoolisme 6 n°1 - 1961)
- SIMONNIN  
Médecine légale et judiciaire (Maloine -Paris 1965)
- TARA  
Détermination instantanée du degré d'imprégnation alcoolique par le dosage dans l'air expiré.  
(Revue de l'alcoolisme 6 n°1 - 1960)
- TREMOLIERE  
Métabolisation de l'alcool.  
(Revue du praticien tome XIV n°4 - 1964)
- TREMOLIERE et CARRE  
Etude sur les modalités d'oxydation de l'alcool chez l'homme normal et chez l'alcoolique.  
(Revue de l'alcoolisme 7 n°3 - 1961)
- TREMOLIERE et CARRE  
Physiologie de l'utilisation de l'alcool dans l'organisme. (Revue de l'alcoolisme 5 n°3 - 1960)
- VERSEREAU André  
Statistique  
(Que sais-je ? - Presse universitaire de France)









